

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA CHUDEK RIBEIRO

COMER PARA MORRER – A OBESIDADE SOB A ÓTICA DA PSICANÁLISE

CURITIBA

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAMILA CHUDEK RIBEIRO

COMER PARA MORRER: A OBESIDADE SOB A ÓTICA DA PSICANÁLISE

Dissertação apresentada como requisito ao título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Psicologia Clínica, Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Virginia Filomena Cremasco

CURITIBA

2016

Catalogação na Publicação
Cristiane Rodrigues da Silva – CRB 9/1746
Biblioteca de Ciências Humanas – UFPR

R484c Ribeiro, Camila Chudek

Comer para Morrer: o obesidade sob a ótica da
psicanálise. Camila Chudek Ribeiro – Curitiba, 2016.
147 f.

Orientadora: Profª Drª Maria Virginia Filomena
Cremasco.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de
Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná.

1. Psicanálise. 2. Obesidade. 3. Melancolia. I. Título.

CDD 158

Aos meus pacientes, que dividiram suas histórias e sofrimentos comigo.

À minha mãe, pelo apoio incondicional.

Agradecimentos

Se a clínica psicanalítica é um momento de encontro e de relação, a exigência de escrita de um trabalho de pesquisa é, muitas vezes, uma atividade solitária. Muitos tornaram esta jornada possível e aproveito para expressar minha gratidão.

Agradeço a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela bolsa-auxílio que tornou esta pesquisa possível.

Agradeço a minha mãe, Marilice, por acolher meu desejo de estudar, por todo o incentivo e apoio, pela confiança em minha dedicação e pela parceria.

Agradeço ao meu companheiro, Carlos, por suportar o dia-a-dia da pós-graduação comigo, pela paciência nos momentos de dificuldade e por me ajudar a crescer diariamente.

Agradeço a minha grande amiga, Giovanna Segalla, pela leitura sempre atenta, pelas contribuições valiosas, pela escuta nos momentos difíceis e pelo incentivo constante.

Agradeço a minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Virgínia Filomena Cremasco pela oportunidade de pesquisar e escrever sobre a clínica psicanalítica, pelo olhar atento, pela liberdade e exigência com este trabalho.

Agradeço aos professores Dr. Paulo Roberto Ceccarelli e Dra. Débora Patrícia Nemer Pinheiro pelo aceite em compor este trabalho e pelas importantes contribuições e sugestões que enriqueceram este texto.

Agradeço ao meu colega de mestrado, Rafael Justino, por tornar a pós-graduação mais leve, pelas longas conversas e por acolhimento de minhas angústias.

Agradeço a todos os amigos que compreenderam minhas ausências, me deram forças e sempre estiveram ao meu lado.

Agradeço aos meus pacientes, especialmente “Jaqueline”, “Iracema” e “Madalena” pela oportunidade de aprender com suas histórias.

RESUMO

A presente pesquisa surgiu do desejo de ampliar a compreensão dos fatores psicológicos subjacentes à obesidade quando inserida no contexto de uma clínica-limite, sob uma perspectiva teórico-prática psicanalítica. Este trabalho possui enfoque em uma obesidade mais resistente ao tratamento e, sobretudo, nas manifestações da obesidade em uma clínica-limite, que já possui em suas características uma dificuldade inerente no tratamento de seus pacientes. O objetivo foi articular uma compreensão sobre qual seria o sofrimento psíquico subjacente a uma obesidade na clínica dos estados limites. Para este intento adotamos o método da construção e análise de caso clínico, um relato de uma experiência única e singular, com objetivo de respaldar um avanço teórico. A hipótese sustentada foi a de que o sofrimento psíquico subjacente a uma obesidade inserida na clínica dos estados limites seria de cunho melancólico. Assim, em uma obesidade marcada por esta posição melancólica, o comer demais assumiria uma tentativa de incorporar o objeto para tamponar ou negar o medo de perdê-lo, utilizando sua oralidade como forma de defesa diante da possibilidade de perda objetal. O caráter melancólico destas subjetividades e a prevalência da pulsão de morte nestes casos demandariam atenção especial do psicanalista.

Palavras-chave: psicanálise; obesidade; melancolia.

ABSTRACT

The present research has found its origin on the desire to broaden the comprehension about the psychological factors underlying the obesity when inserted in the context of a borderline clinic, from a psychoanalytic theoretical-practical perspective. This paper focuses on an obesity more resistant to treatment and, primarily, on the obesity manifestations on a borderline clinic, which is already characterized by its inherent difficulty concerning their patients' treatment. Our aim was to articulate a comprehension about what would be the psychic suffering underlying obesity in the clinic of the borderline cases. To achieve the purposes of the research, we adopted the method of the construction and analysis of a clinical case, a narrative of a unique singular experience, therefore aiming to support a theoretical advance. The hypothesis sustained was that the psychic suffering underlying the obesity inserted in the borderline clinic would be of a melancholic nature. Thus, in an obesity marked by this melancholic position, the overeating would assume an attempt to incorporate the object in order to cover or deny the fear of losing it, using its orality as a form of defense before the possibility of an object loss. The melancholic character of these subjectivities and the death drive prevalence in the referred cases would demand a considerable attention from the analyst.

Keywords: psychoanalysis; obesity; melancholia.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO.....	30
2.1. O método psicanalítico.....	30
2.2. A dinâmica da transferência e da contratransferência.....	35
2.3. Das etapas realizadas para elaboração deste trabalho.....	38
2.3.1. Etapa de revisão de literatura.....	38
2.3.2. Etapa de coleta de dados.....	39
2.3.3. Etapa de análise dos dados.....	43
3. A CLÍNICA DOS ESTADOS LIMITES.....	46
3.1. A constituição do psiquismo sob a influência do “objeto absolutamente necessário.....	49
3.2. Ampliando a noção de “limite” como conceito.....	54
3.3. O insustentável peso da frustração.....	57
3.4. “Engolir” o outro – a problemática da alteridade.....	62
4. REFLEXÕES ACERCA DA MELANCOLIA.....	65
4.1. Narcisismo e ideal de eu – a base da constituição subjetiva.....	69
4.2. A pulsionalidade mortífera – considerações sobre a pulsão de morte.....	85
4.3. O Complexo da Mãe Morta e o narcisismo de morte.....	92
4.4. Esboços sobre a dinâmica pulsional na obesidade.....	98
5. RESULTADOS – O CASO JAQUELINE	104
5.1. A clínica e a transferência limite.....	104
5.2. O caso Jaqueline.....	109
5.3. Algumas hipóteses metapsicológicas – aproximações possíveis.....	118
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138

1. INTRODUÇÃO

De acordo com dados divulgados pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel (2013), pela primeira vez em oito anos o Brasil conseguiu estabilizar os números da obesidade no país. O levantamento mais recente aponta que 50,8% dos brasileiros estão acima do peso ideal – destes, 17,5% são obesos. Apesar da estabilização brasileira, os dados sobre a obesidade no mundo ainda são preocupantes: o relatório divulgado pela World Health Organization – WHO (2014) mostra que em 2014, mais de 1,9 bilhões de adultos apresentam sobrepeso, e mais de 600 milhões são obesos, representando que um total de 13% da população mundial é obesa, em sua maioria mulheres.

A redução nestes índices é fruto de políticas de saúde pública que incentivam mudanças de comportamentos alimentares e diminuição dos níveis de sedentarismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Concomitantemente, observamos que a preocupação mundial com as questões de peso corporal e de forma física tem aumentado exponencialmente nas últimas décadas.

A obesidade é considerada uma doença crônica e grave, definida como um acúmulo excessivo de gordura corpórea em magnitude tal que traga prejuízos à saúde (COUTINHO, 1999). Existem diversas técnicas para classificação de indivíduos com sobrepeso, sendo a mais utilizada delas uma avaliação por meio indireto, correlacionando peso-altura – Índice de Massa

Corporal (IMC) ¹. De acordo com o IMC, as pessoas podem ser subdivididas em seis categorias:

Classificação	IMC
Obesidade grau III (Mórbida)	> 40.0 kg/m ²
Obesidade grau II	Entre 35.0 e 39.9 kg/m ²
Obesidade grau I	Entre 30.0 e 34.9 kg/m ²
Sobrepeso	Entre 25.0 e 29.9 kg/m ²
Normalidade	Entre 18.0 e 24.9 kg/m ²
Abaixo do normal	< 17.9 kg/m ²

A obesidade está relacionada com diversos fatores, tais como: comportamento alimentar, genética, mecanismos de armazenamento de gordura, regulação do aporte e gasto energético, fatores ambientais como os hábitos alimentares e a condição de renda e, ainda, fatores psicológicos (LOLI, 2000).

A presente pesquisa surgiu do desejo de ampliar a compreensão dos fatores psicológicos subjacentes à obesidade, sob uma perspectiva teórico-prática psicanalítica. Os atendimentos individuais e a observação do grupo terapêutico para mulheres com obesidade e sobrepeso, realizados como partes integrantes desta pesquisa no âmbito da Universidade Federal do Paraná, nos

¹ O IMC é calculado dividindo o peso (em quilos) pela altura (em metros) ao quadrado, na seguinte fórmula: $IMC = PESO / ALTURA^2$.

proporcionou um rico material clínico, e nos despertou diversos questionamentos. Observamos, por exemplo, algumas pacientes nos quais o comer excessivo parecia prestar-se mais a uma necessidade psíquica do que à obtenção de prazer no alimentar-se. Entramos em contato também com pacientes que apresentavam grande consciência dos prejuízos em termos de sua saúde física e que possuíam vasto conhecimento de diversas dietas, valores calóricos, dentre outros, mas, ainda assim, algo parecia “escapar” a essas mulheres, assujeitadas e sem controle diante da voracidade de seu comer. Encontramos com frequência mulheres que relataram emagrecimento e posterior dificuldade em manter-se no peso desejado ou que, diante de algum sucesso nos tratamentos empreendidos, acabam por abandoná-los. Tivemos casos de mulheres submetidas à cirurgia da obesidade que acabaram por recuperar grande parte do peso perdido ou que trocaram a ingestão de alimentos pelo consumo de bebidas alcoólicas. Questionamo-nos então a respeito desta destrutividade, deste comer que parece se situar além do prazer. Com isso, colocamos a seguinte pergunta de pesquisa: qual o sofrimento psíquico subjacente à obesidade na clínica dos estados limites?

Importante destacar que não pretendemos, neste trabalho, tratar a obesidade como uma patologia em si, mas sim, como expressão de um sofrimento psíquico; tampouco pretendemos negar a pluralidade de leituras do fenômeno da obesidade. O enfoque deste trabalho, no entanto, será dado no que concerne às vicissitudes de uma obesidade com características específicas.

Portanto, este trabalho tem por objetivo compreender o sofrimento psíquico subjacente à obesidade quando inserida no contexto que a clínica

psicanalítica irá denominar como clínica dos estados-limite. Nossa hipótese é de que haveria um sofrimento de cunho melancólico associado à obesidade quando inserida neste contexto. A atenta revisão bibliográfica sobre a clínica dos estados-limite revela diversas dificuldades no trato dessas pacientes, como veremos no capítulo 03 deste trabalho. Isso posto, pensamos que uma obesidade inserida nesta clínica também poderia apresentar uma maior resistência aos tratamentos convencionais, exigindo um diálogo interdisciplinar que leve em consideração suas particularidades. Visto que a obesidade é tema em voga no Brasil e no mundo, realizamos uma busca no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) utilizando a palavra-chave ‘obesidade’ em todos os parâmetros e encontramos mais de 300 grupos de estudos registrados, que abrangem a multidisciplinaridade inerente ao tratamento da obesidade, incluindo tanto temáticas relativas à saúde de maneira global, como, por exemplo, o grupo “A saúde da mulher: um olhar multidimensional com foco na promoção de saúde” da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC - Rio), do setor de Medicina, quanto investigações sobre as alterações fisiológicas do corpo obeso, como o grupo “A dor na obesidade”, locado na área de fisioterapia e terapia ocupacional da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Ao aplicarmos como filtro apenas os grupos que possuam o termo “obesidade” em seu título, reduzimos os resultados para 33, mantendo seu caráter multidisciplinar, com foco maior nas questões fisiológicas relativas à obesidade. Destes 33 grupos encontrados, 13 estão locados na área da Medicina; 05 na Fisiologia; 04 são da área de Educação Física; 03 no setor de

Nutrição; 03 na área de Saúde Coletiva e 02 na Fisioterapia e Terapia Ocupacional. As áreas de Farmacologia, Imunologia e Odontologia contam com um grupo. Ao explorar as pesquisas realizadas em cada um destes grupos, encontramos menção aos aspectos psicológicos da obesidade em apenas três. São eles:

O Núcleo de Estudos Multiprofissional da Obesidade (NEMO) que faz parte do setor de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e tem por objetivo aproximar os conhecimentos das diversas áreas de saúde para um melhor tratamento da obesidade, envolvendo profissionais de educação física, nutricionistas, enfermeiros, médicos e psicólogos.

O Grupo de Estudos da Obesidade (GEO), que faz parte do departamento de Fisiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e, apesar do foco de suas pesquisas incluírem os aspectos fisiológicos das comorbidades associadas à obesidade, possui uma pesquisa “guarda chuva” denominada “Obesidade Clínica e Experimental” que reúne equipe interdisciplinar com enfoque no atendimento do obeso e inclui o estudo dos aspectos psicológicos dentre seus objetivos.

O Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do setor de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) possui pesquisas que investigam psicopatologias e aspectos psicológicos associados à obesidade e aos transtornos alimentares, mas em um viés psiquiátrico.

Ainda que haja outros núcleos de pesquisa que não estão inclusos nesta busca, este levantamento nos possibilita breve compreensão acerca do panorama do estudo da obesidade atualmente. Percebemos um pequeno

número de grupos de pesquisa da área de Psicologia voltados para o estudo dos aspectos emocionais subjacentes à obesidade, e fica claro que o caráter multifatorial da obesidade torna seu tratamento mais complexo, nos alertando para a necessidade de superar a compreensão da tradicional obesidade como uma doença a ser eliminada a qualquer custo, buscando compreendê-la como uma expressão de um sofrimento psíquico, na qual se expressa a singularidade de um indivíduo, cuja relação com o comer revela a forma como ele se relaciona consigo e com o mundo.

Se partirmos da compreensão da obesidade como expressão de um sofrimento singular, adentramos no campo da subjetividade, ao qual a psicanálise muito tem a acrescentar. Questionamo-nos, então: o que a psicanálise tem a dizer sobre a obesidade?

Para Hermann (2004), a psicogênese da obesidade sempre esteve ligada ao conflito, seja ele interno – inerente ao indivíduo, em um tempo histórico, relacionado aos instintos – ou externo – na sociedade, em um tempo antropológico, filogeneticamente herdado. De acordo com o autor, mesmo em condições de fartura, persiste no humano a tendência à acumulação dos elementos necessários para a sua sobrevivência, como água e alimentos. Hermann sugere que estamos em um distúrbio traumático cultural que lança o indivíduo em uma crise de insegurança, diante da qual o próprio corpo encarna a defesa contra a crise, em uma tentativa de restabelecer um equilíbrio narcísico constantemente ameaçado pela incerteza da cultura.

A compreensão do contexto cultural é de extrema relevância para definirmos o significado subjacente à obesidade e, sobretudo, ao corpo, visto

que o “corpo ideal” é um construto social e o obeso ocupa lugares simbólicos diversos ao longo da história ou em diferentes culturas. A construção corporal do corpo faz com que haja um “corpo típico” para cada sociedade, sendo este profundamente influenciado pelo contexto histórico e cultural. O corpo entra e sai de moda, muda de acordo com o contexto no qual se insere, mas não perde o seu valor como instrumento regulador social. Vilhena, Novaes e Rocha (2008) retraçam as mudanças sofridas pelos padrões de beleza, lembrando-nos que, no século XVI – marcado pela moral religiosa medieval –, a mulher devia ter uma aparência “casta”, mantendo seu corpo coberto com camadas de anáguas. Ainda assim, o corpo é curvilíneo, delineado pelos apertados espartilhos.

De acordo com Grieco (1991), ainda nos séculos XVI e XVII, a culinária européia é marcada pelo uso da gordura; neste contexto, a gordura – nos alimentos e nos corpos - é percebida como algo saudável, uma característica reservada aos ricos, enquanto a magreza, ao contrário, era um sinal de falta de saúde, de pouca beleza e sobretudo um sinal de pobreza.

Ainda segundo o autor, é a partir do século XVIII que começa a despontar a imagem romântica da mulher delicada, fragilizada e longilínea como ideal. Além disso, a entrada da mulher no mundo trabalhista e as mudanças de vestuário (como a substituição dos corpetes pelos sutiãs, possibilitando a mobilidade necessária para o ambiente de trabalho) marcam uma mudança do ideal de mulher “matrona”, arredondada e com coxas acentuadas, em direção a uma silhueta cada vez mais delgada e esguia.

Para Goldenberg (2005), entre o final do século XX e início do século XXI há um aumento no interesse dos pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento direcionado ao entendimento da construção social da imagem corporal. Para a autora, isto se deve ao fato do culto ao corpo se tornar um estilo de vida; no contexto atual, as mulheres de maior sucesso são as atrizes e modelos, celebradas por sua aparência. Assim, de acordo com a autora, a associação entre corpo e prestígio se torna elemento chave para a compreensão da cultura brasileira e, portanto, impõe-se como temática de investigação científica. Em nosso entendimento, a obesidade também se coloca como objeto de estudo neste mesmo contexto, por vezes encarada como um mal a ser eliminado, mas, sobretudo, como um enigma a ser decifrado.

Em suma, observamos que vivemos em uma sociedade na qual a estética vigente é a imagem de um corpo magro e saudável, que não comporta qualquer tipo de falha. Os avanços tecnológicos da medicina e da farmacologia parecem ter deslocado este ideal como algo possível e atingível a todos, como se o corpo perfeito, utopicamente sem falhas, dependesse apenas de esforço e vontade: a perfeição está logo ali.

As mulheres, que representam a maior população alvo da mídia e objeto de estudo de nosso trabalho, são ainda mais expostas a estes preconceitos, carregando, além do seu peso corpóreo, o peso da feiúra, frequentemente associado à obesidade. Entendemos que uma problematização sobre as vicissitudes da dinâmica pulsional relativa à feminilidade nos proporcionaria um rico material de discussão; no entanto, este viés não será aprofundado neste

momento, por sua especificidade e extensão. Cabem, no entanto, algumas considerações sobre o impacto dos ideais sociais sobre as mulheres.

Goldenberg (2005) destaca a diferença na maneira com que homens e mulheres relacionam-se com o próprio corpo, concordando com Bourdieu (1999) ao afirmar que os homens tendem a se mostrarem insatisfeitos com partes de seu corpo que consideram “pequenas”, enquanto as mulheres direcionam sua insatisfação para regiões “grandes demais”. Para Bourdieu (1999), a cultura atual é marcada pela “dominação masculina”, que impõe um ideal masculino de força e virilidade e constitui as mulheres como objetos simbólicos, que devem ser delicadas e submissas. Goldenberg (2005) analisa que tal dinâmica social tem por efeito colocar as mulheres em permanente estado de insegurança corporal, no qual o objetivo de sua existência é estar disponível para o olhar dos outros como objetos receptivos, atraentes e disponíveis. Segundo a autora, há uma correlação direta entre o construto simbólico das mulheres em nossa sociedade com os altos índices existentes de anorexia e bulimia, bem como nos casos de abusos de anabolizantes pelos homens, destacando que esta estrutura impõe suas pressões aos dois termos da relação de dominação, ou seja, a busca por um corpo ideal traz sofrimento tanto para os dominados, quanto para os dominantes.

Para nossos propósitos, daremos ênfase na insatisfação decorrente de ser “grande demais” - o obeso, com seu corpo opulento, encarna o excesso ao colocar-se na contramão dos ideais sociais exigidos; carrega o estigma de preguiçoso, de incapaz, de descontrolado. O corpo excessivamente visível do obeso denuncia assim sua humanidade, em oposição à imagem quase mítica das modelos nas passarelas: o obeso expõe suas falhas. Mesmo diante de

tantos recursos disponibilizados pela medicina e estampados nas capas de revista, mesmo com o conhecimento do que se deve ou não fazer para emagrecer, os níveis de obesidade na atualidade não estão obtendo a redução desejada. Vilhena, Novaes e Rocha (2008) alertam que mesmo a medicina tende a tratar a obesidade não apenas como algo que deve ser eliminado a qualquer custo, mas também o obeso é visto como responsável por sua patologia, o que diferencia a obesidade, por exemplo, da anorexia, em um discurso que culpabiliza os primeiros e pode vitimizar os segundos: “Desta forma, a anorexia é entendida como uma compulsão, sendo a obesidade deslocada para uma deformação do caráter na qual parece existir espaço para um ato volitivo do sujeito” (VILHENA; NOVAES; ROCHA, 2008, p. 383).

O impacto da suposta deformação do caráter do obeso, implícito no discurso social e na medicina, deixa marcas na identidade do indivíduo, podendo excluí-lo do ambiente social. A lipofobia de nossos dias soma ao peso da gordura o preconceito, e pode pressionar as mulheres obesas a um grande investimento econômico e afetivo para a conquista de um corpo socialmente ideal, ainda que, muitas vezes, este processo possa se tornar fonte de grande sofrimento e alienação, por não levar em consideração os determinantes subjetivos da obesidade, nem o desejo do sujeito.

Considerando os diversos fatores determinantes de obesidade, Guenter (2000) realizou um estudo exploratório-qualitativo com uma amostra composta exclusivamente por 40 mulheres que não possuíam qualquer comprometimento endócrino, e foram incluídas participantes de diversos níveis socioeconômicos e de escolaridade. O objetivo foi identificar características psicológicas e possibilitar uma compreensão do funcionamento psicodinâmico da

personalidade em mulheres obesas, dando destaque para os determinantes subjetivos da obesidade. As voluntárias foram classificadas de acordo com o IMC e como instrumentos de pesquisa foram utilizados o Psicodiagnóstico de Rorschach e a Entrevista Diagnóstica.

Dentre os resultados mais relevantes citados por Guenter (2000), observou-se que 82,5% dos sujeitos possuíam mães obesas, e constatou-se que, dentre as famílias das mulheres obesas, a comida possuía um valor que se sobrepunha às necessidades afetivas, ou seja, o alimento ocupava um lugar na relação que substituíria o diálogo ou o carinho. A autora verificou em seus sujeitos uma constante presença da figura materna associada a momentos de alimentação (e, conseqüentemente, a vivências de conforto e bem estar) e à indiferença por parte dessa figura objetal em outras situações, nas quais suas filhas encontravam-se saciadas e passavam a vivenciar sentimentos de abandono. Assim, de acordo com a autora, essas obesidades se instalaram nestes sujeitos devido a uma insuficiência de recursos para lidar com momentos de mudança ou de dificuldades – diante de momentos de conflitos, os indivíduos tendem a lançar mão de recursos imediatos que estão inscritos na relação primitiva com as figuras parentais, no caso, o recurso à alimentação.

Ainda nos resultados encontrados por Guenter (2000), as mulheres obesas participantes de sua pesquisa, vivenciaram uma relação de ausência afetiva com as suas mães no momento da primeira infância, não possuindo recordações de vivências afetivas com as figuras objetais, como, por exemplo, afago e carinho; no entanto, os indivíduos relatavam ter consciência de que o amor de suas mães era “diferente”, já que as preocupações básicas de suas mães centravam-se em saciar todas as necessidades físicas e viabilizar coisas

materiais. Para a autora, esses resultados mostram uma correlação entre a obesidade nestes sujeitos e a privação de amor na primeira infância e ressaltam a hipótese de uma falha básica na vida das mulheres obesas, anteriores ao complexo de Édipo. Refere-se a um fracasso da relação objetal entre mãe e filha aliada à omissão ou ausência de uma figura objetal paterna que não possibilitou a vivência do amor edipiano em sua plenitude.

Por fim, Guenter destaca que:

80% dos sujeitos da amostra apresentam características de personalidade idênticas aos do Transtorno Obsessivo Compulsivo, entre os quais se evidenciou: rigidez afetiva, meticulosidade, perfeccionismo, importância demasiada com detalhes, pontualidade, organização, ordem e confiabilidade; denotam, também, grande preocupação com a limpeza, devotamento ao trabalho ou comportamentos compulsivos entre os quais se destaca a compulsão em comer.” (GUENTER, 2000, p. 68).

Compartilhamos com Guenter (2000) a observação de comportamentos compulsivos e também de traços de obsessividade em algumas das pacientes participantes de nossa pesquisa, bem como concordamos com a autora com relação à importância do primeiro momento da relação mãe-filha na constituição da obesidade feminina, o que iremos explorar de maneira mais aprofundada nos capítulos seguintes. No entanto, cabe ressaltar que a hipótese que sustentaremos no presente trabalho não está relacionada a uma neurose obsessiva, mas sim, a uma neurose narcísica².

Nossa hipótese vai ao encontro do proposto por Magtaz (2008), que defende que os chamados distúrbios da oralidade – dentre os quais se

²Freud (1924) define as neuroses de transferência (dentre elas a neurose obsessiva como “o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo” (FREUD, 1924, p. 167). As neuroses narcísicas, representadas pela melancolia, se diferenciam tanto da neurose quanto da psicose, apresentando um conflito entre o ego e o superego. No capítulo 4 esta diferenciação será explorada de forma mais ampla.

encontra a obesidade – são manifestações sintomáticas da melancolia, uma neurose narcísica. A autora destaca que tal ponto de vista não exclui a possibilidade da existência destes distúrbios em outras estruturas defensivas: em outras palavras, a anorexia, a bulimia, a obesidade e as adicções em geral são compreendidas como manifestações sintomáticas que podem ocorrer em dimensões melancólicas de diversos posicionamentos subjetivos.

A autora destaca a importância do desejo do sujeito e das relações que irão constituir este desejo. Portanto, nos distúrbios da oralidade, encontramos patologias nas quais se evidencia a questão do corpo em sofrimento e cujas marcas psíquicas são cunhadas por certos modos de relação com objetos orais. Oralidade aqui entendida pela perspectiva de Freud (1905a/1996), como um modo de relação que aponta, fundamentalmente, para os primeiros investimentos objetais do eu, ou seja, as primeiras trocas entre mãe e filho, remontando à história das primitivas relações do sujeito com seu objeto primário.

Segundo Magtaz (2008, p. 44), “na obesidade, deparamo-nos, muitas vezes, com uma imagem de saco sem fundo: tudo que entra cai no vazio e transforma-se em uma capa de gordura que recobre a carne”. Esta vivência de vazio corporal e psíquico se encontra na raiz da obesidade relacionada a um padecimento melancólico, como defenderemos neste trabalho.

Freire e Andrada (2012) também destacam a importância do vazio psíquico e corporal ao abordarem os transtornos alimentares e a obesidade como expressões do que é chamado de “novas patologias” ou patologias do ato e do corpo, patologias que se opõem ao tipo clássico de padecimento

neurótico e nas quais o mal estar se expressa no corpo, resultado de um precário investimento libidinal nos primórdios da vida psíquica. Para as autoras, estas patologias narcísicas utilizariam do corpo como um esboço de defesa, frequentemente precário e insuficiente. No caso específico da obesidade, as autoras defendem que tamanho excesso corporal seria ao mesmo tempo uma tentativa de capturar o olhar do outro e aplacar uma falta – falta de afeto vivenciada como falta de alimento. Assim, a obesidade seria consequência de uma obsessão de comer relacionada a um grande vazio corporal e afetivo.

Alguns autores (SALINAS, 2009; BERG, 2008) expõem casos e estabelecem uma análise que coloca a obesidade como uma expressão sintomática conversiva, inscrita no campo das neuroses de transferência, sendo a obesidade compreendida como um sintoma neurótico. Não evidenciaremos este recorte no presente trabalho, no entanto, acreditamos ser necessária uma breve explicação da etiologia da histeria e do sintoma histérico, e de como a obesidade pode ser compreendida a partir deste ponto de vista.

Laplanche e Pontalis (2001) definem o verbete “Histeria” da seguinte maneira:

Classe de neuroses que apresentam quadros clínicos muito variados. As duas formas sintomáticas mais bem identificadas são a *histeria de conversão*, em que o conflito psíquico vem simbolizar-se nos sintomas corporais mais diversos, paroxísticos (...) ou mais duradouros (...) e a *histeria de angústia*, em que a angústia é fixada de modo mais ou menos estável neste ou naquele objeto exterior (fobias). (...) Pretende-se encontrar a especificidade da histeria na predominância de um certo tipo de identificação e de certos mecanismos (particularmente o recalque, muitas vezes manifesto), e no aflorar do conflito edipiano que se desenrola principalmente nos registros libidinais fálico e oral (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 211).

Neste verbete, a histeria é apresentada tanto a partir das formas sintomáticas que pode assumir – quadros muito variados, expressões corporais

ou de angústia – quanto em suas especificidades, destacando três pontos principais: a apresentação do conflito edipiano em primeiro plano, com pontos de fixação nos registros libidinais fálico e oral; a escolha de mecanismos de defesa específicos – o recalque; e a prevalência de uma determinada forma de identificação.

É importante ressaltarmos que, para Freud (1917a/1996), o objetivo dos sintomas é a satisfação sexual ou uma defesa contra ela no caso de ser ameaçadora ao equilíbrio psíquico, sendo que na histeria predominaria o caráter positivo da realização de um desejo inconsciente. Compreendemos, então, o sintoma como uma formação de compromisso, que possibilita que conteúdos recalcados e mantidos inconscientes sejam elaborados de maneira a serem admitidos no consciente.

O recalque, principal mecanismo de defesa na histeria é, portanto, um esforço psíquico para afastar determinadas representações (pensamentos, imagens, recordações) da consciência, quando representam uma ameaça ao aparelho psíquico. Freud (1905a/1996) irá denominar como “saída para a doença” o movimento que não soluciona este conflito entre a necessidade de satisfação da pulsão e as resistências do sujeito, mas procura escapar dele pela transformação desta libido recalcada em sintomas. Portanto, para o autor, os sintomas consistiriam em um tipo de satisfação sexual substitutiva, podendo ser patológicos ou não. No entanto, o que está por trás deste sintoma é sempre um desejo; e o sintoma corresponderia ao retorno do material reprimido, ou seja, a uma falha do processo de recalque. Neste sentido, para a psicanálise o sintoma seria o “substituto” da doença, uma metaforização do sofrimento do indivíduo. Diante de um conflito no centro do eu, entre uma representação

sobrecarregada que visa liberar seu excedente de energia e a pressão constante do recalçamento que impossibilita de escoar sua sobrecarga, o sintoma surgiria como uma solução de compromisso, da mesma forma que se apresentam as outras produções do inconsciente como os sonhos, os atos falhos e os chistes - uma representação de compromisso entre o que estaria recalçado e a energia associada a isto que deveria ser descarregada.

Um dos mecanismos de formação de sintomas é a conversão, que opera na histeria e que consiste em “uma transposição de um conflito psíquico e numa tentativa de resolvê-lo em termos de sintomas somáticos” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 103). Os autores destacam que o sintoma conversivo traz como especificidade uma significação simbólica, consistindo em uma expressão, pelo corpo, de uma representação recalçada. Esta significação simbólica nos remete ao funcionamento do processo secundário, que possibilita uma descarga pulsional modulada, e, portanto, mais lenta e parcial.

Estes conceitos são importantes para que tracemos uma compreensão de como a obesidade pode ser um sintoma histérico. O comer pode ser observado como uma forma de obtenção de prazer, o que reduz a tensão do aparelho psíquico (evitando o desprazer). Sob este enfoque, o comer compulsivo do obeso pode ser compreendido como um sintoma, uma satisfação sexual substitutiva gerada por uma falha na repressão, e a dificuldade do obeso em livrar-se deste sintoma residiria justamente no prazer envolvido neste ato – um prazer não apenas nutricional (autoconservador), mas também libidinal (sexual).

Podemos observar como a obesidade poderia assumir este papel de solução de compromisso e obstáculo para a realização do desejo, utilizando um caso descrito por Loli (2000), o caso Flora.

Flora tem 33 anos e afirma ter engordado após o falecimento da mãe. Atualmente está casada pela segunda vez. Conta que seu primeiro casamento havia sido um amor muito intenso, “uma obsessão”, mas seu ex-marido era alcoólatra e a abandonara durante a gravidez. Já sobre o atual casamento, Flora relata que:

Ele é muito bom, é uma pessoa muito carinhosa; mas eu casei com ele porque a minha família insistiu, gostavam dele, viam que ele era uma pessoa boa pra mim. Com o meu marido atual o sexo tem dia pra fazer, tem o jeito certo de fazer, ele consegue transformar a relação sexual em algo chato; com o meu ex-marido não, valia tudo... (LOLI, 2000, p. 33-34)

Nesta fala, podemos observar a existência de um conflito entre a satisfação sexual que desfrutava com seu ex-parceiro – um homem que a fizera sofrer, um homem “ruim” – e a insatisfação com seu parceiro atual, um “homem bom”.

Frequentemente, Flora relata ter muito medo de emagrecer. Medo de ficar magra, de ficar bonita. Ao explorar as raízes deste medo, acaba por mencionar o fato de encontrar ocasionalmente com o ex-marido, por causa do filho do casal. Loli indaga a respeito desta relação e Flora diz:

Sabe o que é... Antes eu não ficava com ele (ex-marido) para não magoar a minha mãe... E agora que minha mãe morreu é melhor eu ficar gorda por que assim [aponta para o próprio corpo] sou eu quem não quero nada com ele, por que assim, sou eu que não fico à vontade (LOLI, 2000, p. 39).

Em nosso entendimento, no caso de Flora, sua obesidade cumpre o papel de protegê-la de sua sexualidade, de seu desejo pelo ex-marido: o

desejo sexual por seu ex-marido é incompatível ao casamento que possui atualmente com um “homem bom” e a obesidade assume então um duplo papel neste conflito – a satisfação prazerosa de alimentar-se (substituta da satisfação sexual) e a defesa contra a sexualidade que poderia colocar em risco a estabilidade de seu casamento.

Loli (2000) dedica-se a apresentação de diversos casos clínicos, retratando os variados papéis que a obesidade encarna, destacando a subjetividade própria de cada uma de suas pacientes. No entanto, a autora ressalta alguns pontos em comum durante o atendimento de pacientes obesas: a dificuldade de falar sobre a própria obesidade, a utilização do corpo e da oralidade como tentativas de defesa diante das mais variadas angústias e as dificuldades de relacionar-se com outros objetos.

Em nossos atendimentos no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), pudemos observar muitos dos pontos apontados por Loli (2000), tais como a ausência de um discurso direto sobre sua obesidade, a falta de adesão ao tratamento e as similaridades das relações estabelecidas com o alimento e com os objetos de amor (mães, maridos, filhos, dentre outros). No entanto, os casos que nos mobilizaram maiores questionamentos distanciavam-se dos parâmetros de sintoma neurótico que descrevemos com a paciente de Loli (2000).

Além disso, um dos pontos comuns que pudemos observar no grupo foi a importância da relação entre mãe e filha para estas pacientes. Diante disso, nos questionamos sobre as marcas psíquicas inscritas a partir de uma possível falha em um momento primitivo desta relação entre mãe e filha, que poderia

desencadear uma tentativa de defesa diante da angústia de separação do objeto primário e/ ou de sobrevivência psíquica – por meio, por exemplo, de um comer excessivo – que levaria a uma obesidade.

Diante do objetivo proposto neste trabalho, optamos por apresentar apenas um dos casos atendidos pela pesquisadora ao longo dos dois anos de duração desta pesquisa, possibilitando-nos assim um aprofundamento maior dos detalhes do caso. A escolha deste não foi aleatória, mas sim, orientada pelos questionamentos levantados durante a revisão de literatura e também durante o manejo da condução do caso. Como pontua Rudelic-Fernandez (2002, p. 67): “a matéria primeira de um caso não é, portanto, um conhecimento, mas justamente aquilo que resiste ao ‘saber’, à técnica e à teoria”.

Nossa opção deu-se então pelo caso que chamaremos de Jaqueline*, por ter sido o caso que mais mobilizou dificuldades durante os atendimentos e por trazer com maior clareza as questões acerca da relação com o ideal, dos limites e das marcas psíquicas constituídas na relação mãe e filha, que serão trabalhadas neste trabalho. Os outros casos, bem como os relatos espontâneos no grupo, serão utilizados eventualmente, ao longo do texto, com caráter ilustrativo.

Portanto, o próximo capítulo deste trabalho irá apresentar considerações acerca da metodologia adotada neste trabalho; o terceiro capítulo trará uma revisão sobre a clínica dos estados-limite, sobretudo as contribuições de André Green sobre o chamado trabalho do negativo, a constituição de limites psíquicos e a destrutividade presente na denominada “Clínica do Vazio”

(GREEN, 1975), que serão relevantes para a posterior discussão do caso a ser apresentado; o quarto capítulo terá por objetivo um aprofundamento na dinâmica pulsional subjacente a esta clínica, estabelecendo relações com a melancolia como postulada por Freud (1917b/1996), e retomando as contribuições deste autor acerca da constituição do narcisismo e das instâncias ideais, buscando articular a teoria freudiana da dinâmica psíquica aos pontos abordados no capítulo 03. O quinto capítulo contará com a apresentação e discussão do caso eleito, com base nos conceitos trabalhados nos capítulos anteriores.

Cabe destacar que a escolha de autores para tal objetivo concorda com o proposto por Roussillon (2007) no que ele irá denominar de “Psicopatologia Psicodinâmica”, ou seja, uma visão que privilegie a aproximação ao sofrimento humano e ao *pathos*, enfatizando os mecanismos de constituição psíquica para possibilitar a compreensão das formas de sofrimento psíquico inerente a cada sujeito, considerando a singularidade dos processos de subjetivação e da dinâmica envolvida na constituição do psiquismo. Esta abordagem teórica é embasada na metapsicologia psicanalítica em sua pluralidade de autores: iniciando em Freud e abrangendo seus sucessores franceses e anglo-saxões como Klein, Bion, Winnicott, Lacan, Green, Laplanche, Aulagnier, Anzieu, dentre outros.

Para Roussillon (2007), no contexto atual das concepções que se confrontam em psicopatologia e em psicologia clínica, apenas a metapsicologia psicanalítica é capaz de oferecer um entendimento coeso da vida psíquica, abrangendo a totalidade dos diferentes aspectos e manifestações da subjetividade e do funcionamento do psiquismo, fornecendo ferramentas para

uma prática clínica que respeita o sujeito humano em sua complexidade e diversidade, nas diferentes fases de sua vida.

Cabe destacarmos que a metapsicologia não é uma teoria “totalitária”, ou seja, a ela não cabe um saber – ou um dizer – sobre tudo que se refere a vida psíquica; por se pretender dinâmica, ela vê seus conceitos como passíveis de serem revistos, em função tanto de reflexões teóricas quanto de imposições clínicas. De acordo com Roussillon, a metapsicologia (2007, p. 11):

se apresenta mais como uma espécie de “malha” sobre o sujeito, que não diz tudo, não o todo, mas diz algo de essencial de cada fragmento do todo, no que concerne a organização da vida subjetiva e do *significado* que o sujeito confere aos fatos.³

Assim, adotamos neste trabalho tal compreensão dinâmica do sujeito, de sua constituição e suas formas singulares de sofrimento, embasando-nos na metapsicologia psicanalítica em sua pluralidade, apropriando-nos das contribuições de diferentes autores para uma melhor compreensão de nosso tema, ainda que tais recortes possam partir de diferentes posicionamentos epistemológicos. Não pretendemos detalhar neste trabalho as diferenças epistemológicas de cada autor, pois tal aventura foge a nossos propósitos; no entanto, buscaremos situar os recortes utilizados para verificar nossa hipótese na medida da necessidade.

³ « Elle se présente plutôt comme une forme de ‘maillage’ de celle-ci, qui ne dit pas tout, pas ‘le’ tout, mais dit quelque chose d’essentiel de chaque fragment du tout, concernant l’organisation de la vie subjective et du ‘sens’ que celle-ci confère aux faits ». (Tradução nossa)

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

2. 1. O método psicanalítico

O presente trabalho está sustentado pelo desejo de engendrar, a partir de atendimentos clínicos, uma pesquisa qualitativa que possibilite uma compreensão do sofrimento subjacente à obesidade em uma clínica limite, sob a ótica da psicanálise. Nossa pesquisa está balizada pela concepção segundo a qual não se objetiva estudar um fenômeno em si -- próprio das ciências naturais -- mas sim entender seu significado individual. Para melhor compreensão de nosso posicionamento metodológico, faz-se necessária uma breve caracterização da metodologia científica naturalista e da metodologia aplicada em pesquisas psicanalíticas.

Turato (2005) analisa as características e as aplicações do método qualitativo e quantitativo em pesquisas na área de saúde. Dentre as possibilidades metodológicas qualitativas, o autor empreende uma diferenciação entre os chamados *métodos qualitativos de campo e experimentais* e os chamados *métodos qualitativos de campos*. A principal diferença entre eles é que os experimentais possuem uma base positivista, adotando uma atitude científica que busca a explicação do comportamento das coisas. Este método é marcado pela alta reprodutibilidade dos dados obtidos, e aí reside a principal oposição com relação aos *métodos qualitativos de campo* -- dentre os quais o autor insere a psicanálise --, que buscam uma compreensão dinâmica do ser humano, sendo este método marcado pela alta validade dos dados colhidos (TURATO, 2005, p. 511).

Portanto, o que aqui trataremos por método extrapola a noção positivista de metodologia científica compreendida enquanto um conjunto de procedimentos prefixados e reproduzíveis. Mas resta ainda uma questão: toda a pesquisa em psicanálise é uma pesquisa com o método psicanalítico? Como se dá esta diferenciação?

Buscamos estas respostas no artigo de Figueiredo e Minerbo (2006), que também traçam este paralelo entre a concepção positivista de metodologia e o método da psicanálise e apresentam importantes possibilidades metodológicas para a pesquisa em psicanálise, inclusive no âmbito acadêmico. É pertinente, portanto, apresentarmos algumas considerações destes autores neste primeiro momento de nossa pesquisa.

Figueiredo e Minerbo (2006) iniciam seu percurso retomando a compreensão freudiana da psicanálise como sendo, simultaneamente, um procedimento de investigação de processos inconscientes, um procedimento terapêutico e um conjunto de conhecimentos continuamente em expansão e reformulação no que diz respeito ao seu objeto. A psicanálise é, desde seu nascimento, fundamentada na aliança entre pesquisa e tratamento, muitas vezes coincidentes.

Mas o que é uma pesquisa em psicanálise? Primeiramente, os autores definem a *pesquisa em psicanálise* como algo amplo que inclui, mas que não se confunde com a *pesquisa com o método psicanalítico*. A *pesquisa em psicanálise* é então um conjunto de atividades voltadas para a produção de conhecimento que se relaciona com psicanálise de formas muito variadas, mas que não exige a presença de um analista/pesquisador, ou seja, não inclui a

dimensão clínica, podendo ser realizada por historiadores, filósofos, dentre outros. Aqui se diferenciam *as pesquisas em psicanálise com o método psicanalítico*, nas quais a exigência de presença do psicanalista enquanto pesquisador é incontornável, embora seus temas e alcances possam ser bastante amplos.

Figueiredo e Minerbo (2006) retomam a concepção metodológica advinda das ciências naturais para caracterizar a principal particularidade das pesquisas com método psicanalítico:

A relação sujeito e objeto em uma pesquisa tal como concebida nas ciências naturais e nas ciências sociais ou humanas implica um sujeito ativo debruçado metodicamente sobre seu objeto, munido de conceitos, instrumentos e técnicas de descoberta e de verificação — ou refutação — de suas hipóteses. Não é bem assim nas relações entre o psicanalista, suas “teorias” e seus “objetos”. A entrega do “pesquisador” ao “objeto”, o deixar-se fazer por ele e, em contrapartida, construí-lo à medida que avançam suas elaborações e descobertas faz desta “pesquisa” um momento na história de uma relação que não deixa nenhum dos termos tal como era, antes de a própria pesquisa ser iniciada. (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p. 259-260)

Ao empreender uma pesquisa com o método psicanalítico, o pesquisador-analista e seu objeto-paciente se alteram ao longo da pesquisa, pois tratamento e investigação científica coincidem. É no encontro com o objeto que estas transformações ocorrem, nas relações de transferência e contratransferência estabelecidas com o objeto no decorrer da pesquisa, como veremos mais adiante neste capítulo. A atividade científica com o método psicanalítico permite que se constituam e se transformem objetos, pesquisadores, meios e instrumentos de investigação.

Figueiredo e Minerbo (2006) trazem um exemplo de como uma análise de entrevista se constituiu em uma pesquisa com o método psicanalítico, e os

passos traçados neste exemplo podem ser de grande valia para a nossa jornada.

O primeiro momento da pesquisa é a observação de um fenômeno que intriga o clínico, que o mobiliza. No caso de nossa pesquisa, iniciamos nosso percurso refletindo sobre os possíveis sofrimentos psíquicos da obesidade. Indo além, nos questionamos sobre o porquê de mesmo com toda a informação, recursos médicos e farmacológicos disponíveis, os índices de obesidade não apresentariam a redução esperada. Esta colocação nos orientou para um enfoque em uma obesidade mais resistente ao tratamento e, sobretudo, como se manifestaria a obesidade em uma clínica que já possui em suas características uma dificuldade inerente no tratamento de seus pacientes, e nos propõe a seguinte pergunta de pesquisa: qual é o sofrimento psíquico subjacente a uma obesidade na clínica dos estados limites? Diante da escuta clínica proporcionada pelo contato com alguns pacientes obesos, optamos por privilegiar neste trabalho a hipótese de que o sofrimento psíquico subjacente a uma obesidade inserida na clínica dos estados limites seria de cunho melancólico. Neste contexto, as dificuldades no campo da alteridade e da representação – características da clínica dos limites – traria desafios particulares para o tratamento de tais manifestações da obesidade; adotamos a ferramenta de construção de caso clínico para a investigação de como se daria esta relação. A construção de caso clínico e sua interpretação seguem os preceitos da clínica psicanalítica: uma escuta flutuante, efetuando certos recortes que não são arbitrários, mas sim, que são solicitados pela análise em andamento e se transformam durante ela (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p.

274). Estes recortes são reconstruídos, ressignificados, e a escuta é sempre guiada pelos aspectos transferenciais.

Em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* Freud (1912a/1996) destaca a importância de adotarmos uma escuta flutuante, que exige do analista uma posição livre de pressupostos e propósitos, sendo compreendida em contraponto com a associação livre: o paciente diz o que lhe vier à consciência, e o terapeuta deve escutar sem focar em nada alguma coisa. Nas palavras de Magtaz e Berlinck (2012, p. 74), “o psicanalista deve deixar-se levar por um estado mental de atenção flutuante, pela sua própria atividade mental inconsciente, isto é, pela capacidade de receber o inconsciente de seu paciente com o seu próprio inconsciente”. Assim, é possível pensar o caso clínico – ou o recorte escolhido pelo pesquisador - como sendo o relato do que surpreendeu o clínico em seu estado de atenção flutuante.

Cabe aqui abriremos um parêntese para a crítica realizada por Magtaz e Berlinck (2012) acerca dos casos clínicos como fundamentos de pesquisa:

Em muitos trabalhos de pesquisa, a respeito da clínica psicanalítica, observa-se o predomínio da atenção proposital, isto é, a maioria dos relatos clínicos é utilizada intencionalmente para comprovar o que já foi dito sobre determinado tema de pesquisa escolhido previamente, o que vem se manifestando como uma repetição do já escrito e do já sabido (MAGTAZ & BERLICK, 2012, p.74)

O que pode quebrar esta repetição é um laborioso trabalho de supervisão, de estudo e da possibilidade do clínico de escutar e se permitir um encontro com o enigmático. Assim, é possível o trabalho de interpretação do caso, que vai além do mero relato das interpretações acontecidas no *setting* terapêutico. O trabalho de interpretação tem a função, portanto, de formular e

colocar em palavras a situação problemática vivenciada na transferência (MAGTAZ; BERLINCK, 2012, p. 76)

2.2. A dinâmica da transferência e da contratransferência

O trabalho de interpretação e os fenômenos da transferência e da contratransferência são vitais para a prática psicanalítica, constituindo as principais ferramentas para o clínico ou pesquisador psicanalítico. Faz-se necessário, portanto, que nos detenhamos alguns instantes para compreender a importância deste fenômeno no método psicanalítico.

A própria concepção freudiana da transferência foi sendo atualizada no desenrolar de sua obra. A primeira menção ao termo foi em 1895, em *A psicoterapia da histeria* (FREUD, 1895b/1996); ainda não era tratada como um conceito, mas como um “falso enlace” entre médico e paciente. Desde este momento, no entanto, inaugura-se a questão sobre qual é o material transferido na transferência, questionamento que irá receber diversas respostas ao longo da obra freudiana e mesmo de autores pós-freudianos.

Em 1905, a partir do Caso Dora – apresentado por Freud em seu célebre artigo *Fragmentos da análise de um caso de histeria* – a transferência ganha importância e passa a ser tratada como um conceito, cuja definição oficial é dada pelo autor no epílogo do texto:

O que são as transferências? São reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. Dito de outra maneira: toda uma série de experiências psíquicas prévia é revivida, não como algo passado, mas como um vínculo atual com a pessoa do médico (FREUD, 1905b/1996, p. 72)

Entendemos a transferência então como uma atualização de fantasias e relações, constituindo um elo associativo para a descoberta do infantil, mas estando além disso, sendo também ativa e produtiva no presente e devendo, portanto, ser considerada, interpretada e manejada da mesma forma que as demais produções do inconsciente.

Em 1912 Freud escreve *A dinâmica da transferência* (FREUD, 1912b/1996), explorando as relações entre transferência e resistência e postulando a existência de transferências positivas e negativas. Neste momento, o autor destaca que o manejo da interpretação da transferência negativa é difícil, pois ela se estende sobre a situação analítica como um todo. Esta dificuldade o leva a falar a partir de 1914⁴ em “neuroses de transferência”, nas quais não se depositam sobre o analista apenas transferências positivas ou negativas, mas todo um modo de ser – a própria neurose – que se repete na situação analítica, o que permite que ela seja tratada pelo trabalho terapêutico. Mas o que é repetido na neurose de transferência? Nas palavras de Freud:

Podemos agora perguntar o que é que ele de fato repete ou atua (*acts out*). A resposta é que repete *tudo* o que já avançou a partir das fontes do reprimido para sua personalidade manifesta - suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter (FREUD, 1914c/1996, p. 94)

Este “tudo” que é repetido, ganha contornos mais definidos a partir da obra *Psicologia das massas e análise do eu* (1921/1996). A consolidação da identificação como um conceito permite a compreensão da transferência como repetições de identificações inconscientes que determinam nosso pensar e nosso agir. O papel do analista passa a ser, então, acolher a transferência,

⁴Cf FREUD, S. (1914c) Recordar, repetir e elaborar. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 189-203.

facilitá-la, estando disposto a reconhecer qual a identificação está sendo projetada sobre ele, qual o papel lhe está sendo dedicado, manejando e interpretando a transferência. Contudo, o analista, mesmo que experiente e engajado em sua análise pessoal, também tem que se haver com suas moções inconscientes, com suas identificações e projeções, devendo também identificar e manejar tal conteúdo; a isto damos o nome de contratransferência.

O termo contratransferência foi introduzido na obra freudiana em 1910, em *As perspectivas futuras da terapia analítica*, e é compreendido como a resposta do analista diante dos estímulos que partem do paciente, profundamente relacionados com os sentimentos inconscientes do analista e com potencial para constituir obstáculo à análise. Segundo Freud, cabe ao analista duas tarefas: reconhecer e dominar a contratransferência.

Assim, o material levantado na dinâmica transferencial pode ser interpretado, e é exatamente este trabalho de interpretação que tornará cada trabalho singular. Por este motivo, o método psicanalítico não é passível de ser reproduzido, e é incompatível com objetivos estatísticos. (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p. 174).

Fica claro, portanto, que uma pesquisa com o método psicanalítico não significa, em absoluto, uma ausência de método; nossas considerações acerca do método aplicado nesta pesquisa não se prestam às pretensões científicas de reprodutibilidade e objetividade, mas sim, destacam o caminho trilhado durante a investigação empreendida, e os resultados encontrados são válidos para o fragmento da realidade estudado.

2.3. Das etapas realizadas para elaboração deste trabalho

2.3.1. Etapa de Revisão de Literatura

Em um primeiro momento da pesquisa, foi realizada revisão bibliográfica apoiada em livros, revistas técnicas e artigos publicados em sites de pesquisa, utilizando como palavras-chave os termos “obesidade e psicanálise” para uma primeira compreensão do estado da arte sobre o tema, o que foi apresentado na introdução desta pesquisa.

Como destacamos anteriormente, o pesquisador psicanalítico norteia-se pelos pilares da própria prática psicanalítica – a associação livre e a escuta flutuante – ou seja, seu método é pautado na escuta e na interpretação. Portanto, a leitura e a revisão bibliográfica também podem ser guiadas pela escuta ou atenção flutuante:

Podemos concluir que a exigência – proveniente da prática clínica – de que o analista mantenha uma atenção suspensa (ou flutuante) deve inclusive ser aplicada quando se pretende realizar uma pesquisa bibliográfica. Destarte, o pesquisador psicanalítico é guiado em sua leitura-escuta por suas impressões transferenciais acerca do texto, o que indica que ele está diretamente implicado ao analisar os dados da pesquisa. (COELHO; SANTOS, 2012, p. 95).

Assim, em nossa pesquisa bibliográfica buscamos inicialmente uma breve revisão acerca das particularidades da clínica dos estados-limite, com enfoque na relação de objeto primária, buscando articular conceitos que possibilitassem uma visão da constituição do aparelho psíquico a partir da perspectiva relacional. Em um segundo momento, retomamos as contribuições de Sigmund Freud sobre o aparelho psíquico, com o objetivo de articular a dinâmica pulsional subjacente a esta relação objetual, o que nos proporcionou uma aproximação com a subjetividade em uma abordagem mais ampla,

concordando com o posicionamento de Roussillon (2007), citado anteriormente.

Os textos referentes à melancolia e às pulsões de morte também foram incluídos nesta revisão para verificação da hipótese sustentada neste trabalho.

Partimos dos artigos de Sigmund Freud e o *Dicionário de Psicanálise* de Laplanche e Pontalis (2001) realizando fichas de leitura e elaboração de textos que sintetizassem as principais relações entre os conceitos citados. Com o início dos atendimentos e a opção por um dos casos para construção do caso clínico, definimos nossa pergunta de pesquisa, que norteou nova pesquisa bibliográfica para sustentar uma melhor compreensão do caso. Neste momento, recorreremos às contribuições de Green, Abraham e Torok, Minerbo e outros autores contemporâneos para ampliarmos nossa compreensão sobre as questões relativas à destrutividade, ao negativo e as relações objetais estabelecidas pela paciente, sobretudo com seu objeto materno. Os resultados desta elaboração serão apresentados no capítulo 03 deste trabalho.

Além disso, foram pesquisados artigos que explorassem as questões referentes aos limites e ao conceito de alteridade, buscando compreender como tais conceitos se articulam com a noção freudiana de neurose narcísica. Os resultados desta revisão serão apresentados no capítulo 04 deste trabalho e também trarão ferramentas para a discussão do caso clínico.

2.3.2. Etapa de Coleta de Dados

Este trabalho é parte integrante de pesquisa guarda-chuva e do projeto de extensão intitulados “O sofrimento das mulheres com problemas alimentares”, atualmente realizada no âmbito do Departamento de Psicologia,

vinculado ao Laboratório de Psicopatologia Fundamental/UFPR e aprovado em 19 de dezembro de 2012 pelo Comitê de Ética em Ciências da Saúde da UFPR sob registro CAAE 03432912.3.0000.0102. Portanto, todos os dados coletados estão de acordo com os procedimentos éticos exigidos pela comunidade científica.

Os sujeitos da presente pesquisa são mulheres inscritas para atendimento no Centro de Psicologia Aplicada com queixa de obesidade ou sobrepeso, e voluntárias que se inscreveram para atendimento após divulgação realizada via internet.

O peso corporal e o IMC das participantes não foram levados em consideração como critério de inclusão ou exclusão para a pesquisa.

Optamos pela coleta de dados por meio de atendimentos psicológicos semanais, com duração de 50 minutos. Os registros das sessões não foram feitos em áudio ou videogravação, mas sim, armazenados na memória do pesquisador e, em seguida, logo após o término do atendimento, foram realizadas as anotações nos prontuários individuais dos sujeitos da pesquisa, visando conseguir uma melhor aproximação dos temas abordados em sessão. Buscamos nos ater às recomendações freudianas⁵ de não realizar anotações durante a sessão e não realizar gravação das sessões, nos sustentando nos princípios da atenção flutuante, da associação livre e dos aspectos transferenciais vivenciados durante os atendimentos.

⁵Cf. FREUD, S. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.66-73.

Não pretendemos apresentar uma reprodução na íntegra do discurso do participante, mas buscamos respeitar a literalidade e o significado do discurso como um todo. As voluntárias foram encaminhadas para atendimento individual ou para a participação em grupo terapêutico semanal, ocorrido também no âmbito da UFPR, de acordo com a disponibilidade e especificidades de cada caso. As anotações de sessão individual de cada paciente e o diário de bordo elaborado após as reuniões do grupo constituíram material bruto e, baseado no caso que nos trouxe maiores questionamentos, optamos pela construção ficcional de um único caso clínico, que será apresentado e discutido no capítulo 5. Os demais dados coletados serão apresentados pontualmente, em forma de vinhetas clínicas ilustrativas, ao longo do trabalho.

Para compilação e análise dos dados, portanto, utilizamos a análise de caso clínico para a psicanálise. Nesta técnica, de acordo com Moura e Nikos (2001, p. 76): “o pesquisador psicanalítico dá seu testemunho por escrito, o qual se destina ao terreno da metapsicologia, onde poderá servir de referência a outras pesquisas e à gestão de novos problemas e hipóteses de pesquisa”.

Para nos nortear durante os atendimentos, buscamos uma concepção diagnóstica que diverge da proposta pela Psicopatologia Geral⁶, visando uma compreensão do sujeito para além do sintoma, observando a importância do encontro entre terapeuta-paciente, compreendendo o paciente/voluntário como um ser humano inserido em seu ambiente. Tal compreensão possibilita um esboço diagnóstico que supera a observação de comportamentos e, ao

⁶ A Psicopatologia Geral se ocupa da observação e descrição sintomática, como podemos observar em manuais como o DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana) e o CID (Classificação Internacional de Doenças). Trata-se, segundo Ceccarelli (2005), de um sistema de classificação que tem como uma das principais críticas certa negligência com a questão da subjetividade, tanto daquele que está sendo “classificado” quanto daquele que classifica.

atentarmos para a natureza da angústia e do sofrimento do paciente, teremos ferramentas que nos permitirão formularmos hipóteses sem limitar ou direcionar nosso objeto de estudo. Esta opção por um diagnóstico que considere a subjetividade vai ao encontro da proposta da Psicopatologia Fundamental, que aqui assumimos como nossa perspectiva de análise e que possui a psicanálise como epicentro, promovendo um diálogo intercientífico entre diferentes perspectivas teóricas que convergem em seu interesse pelo sofrimento psíquico, estabelecendo assim “uma reflexão crítica dos modelos existentes e uma discussão dos paradigmas que afetam nossos objetos de pesquisa, nossas teorias e nossas práticas” (CECCARELLI, 2005, p. 7).

A psicanálise, a partir da dimensão do desejo, faz uma ruptura epistemológica frente a esta Psicopatologia Geral: “Freud postula que o sujeito – louco ou não – sempre que fala, fala do, e a partir de, seu *pathos*, que aqui se confunde com a trama discursiva que o constitui” (CECCARELLI, 2005, p. 5). O autor define o *pathos* como um “excesso de paixões” (ou de desejo) que se torna patológico, trazendo sofrimento e levando ao assujeitamento, à perda de si. Podemos observar na obesidade, foco de nosso trabalho, a presença do excesso que assujeita, representada tanto no sobrepeso inerente ao obeso, quanto na sua vontade desmedida do comer, muito além das suas necessidades nutricionais.

Adotamos aqui a ideia de que o *pathos*, por si só, nada ensina; no entanto, quando se trata de uma experiência terapêutica e metapsicológica, adentra-se no campo da Psicopatologia Fundamental, com a possibilidade de transformação do *pathos* em experiência, o que significa considerá-lo não apenas como um estado transitório, mas, e talvez principalmente, como uma

possibilidade para que se enriqueça o pensamento. Justifica-se desta forma o porquê de colocarmos em segundo plano, neste trabalho, discussões nosográficas como, por exemplo, o peso ou índice de massa corporal das participantes desta pesquisa. Não tratamos a obesidade como um problema por si, mas enfocamos nosso diagnóstico e sobretudo nossa reflexão direcionada ao sofrimento psíquico subjacente a ela, indo além dos comportamentos do indivíduo que dela padece.

Para possibilitar esta compreensão subjetiva do sofrimento subjacente à obesidade, os atendimentos foram submetidos sistematicamente à supervisão, e alguns dados foram alterados com o objetivo de assegurar a não-identificação das participantes. No entanto, nos mantivemos fiéis ao legado freudiano, como o autor descreve nos momentos iniciais do relato de seu trabalho *Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença*:

Antes de prosseguir o relato, devo confessar que modifiquei o *milieu* do caso a fim de manter incógnitas as pessoas interessadas, mas não alterei mais nada. Considero prática errônea, por excelente que seja o motivo, alterar qualquer detalhe na apresentação de um caso. Jamais se pode dizer qual aspecto de um caso pode ser escolhido por um leitor capaz de julgamento independente, correndo-se o risco de induzi-lo a erro. (FREUD, 1915/1996, p. 271).

Portanto, ainda que modifiquemos os principais acontecimentos da vida de nossos sujeitos de pesquisa, não seria correto alterar os acontecimentos de forma a favorecer ou desfavorecer uma teoria. Fica evidente, então, que o caso clínico é uma ficção, não sendo o relato do acontecimento puro, mas sempre uma reconstrução, uma história reformulada *a posteriori*.

2.3.3. Etapa de análise dos dados

Como vimos, optamos pela construção e análise de um único caso clínico, por acreditar que tal instrumento nos forneceria uma aproximação de

nosso objetivo e permitiria um maior aprofundamento no recorte escolhido. Mas o que é um caso clínico? Quais suas funções?

Vimos anteriormente a importância da associação livre e da escuta flutuante como os pilares do método psicanalítico; estas ideias de Freud nos possibilitam compreender o caso como aquilo que captura a atenção flutuante do pesquisador/analista, o ápice da coincidência entre tratamento e pesquisa. Nasio (2000) ressalta a diferença da concepção de caso para a medicina – o caso remetendo ao indivíduo anônimo, representativo de uma doença – e a visão psicanalítica, na qual o caso exprime a singularidade do ser que sofre. O caso clínico psicanalítico é, portanto, o relato de uma experiência única e singular, com objetivo de respaldar um avanço teórico.

Nasio (2000) destaca que o caso possui funções didáticas, metafóricas e heurísticas, permitindo ao leitor que, a partir da experiência concreta da leitura de um caso clínico, possa realizar generalizações, comparações com situações análogas e abstrações. Desta forma, os conceitos apresentados por intermédio de um caso clínico se tornam assimiláveis justamente por esta observação quase direta. Gostaríamos de enfatizar que esta observação é quase direta pois o caso clínico se trata, inevitavelmente, de uma ficção:

Todavia, mesmo que um caso tenha uma *função didática*, como exemplo que corrobora uma tese, uma *função metafórica*, como metáfora de um conceito, ou uma *função heurística*, como centelha que está na origem de um novo saber, ainda assim o relato de um encontro clínico nunca é o reflexo fiel de um fato concreto, mas sua reconstituição fictícia. O exemplo nunca é um acontecimento puro, mas sempre uma história reformulada” (NASIO, 2000, p. 17).

Portanto, se a história é reformulada, só pode tratar-se de uma ficção, enviesada pelo filtro da vivência e das experiências do analista, balizado por seu referencial teórico e pelas hipóteses que definem a problemática de um

do paciente, e transformado em texto, sujeito a todas as restrições da escrita.

Mesmo com todas as limitações citadas, a utilização de caso clínico é uma prática consolidada na esfera da psicanálise. Um dos aspectos que torna o método de análise de caso clínico tão rico é a possibilidade de observarmos a prática psicanalítica – ainda que em cima de um construto ficcional – e sobretudo as nuances das relações transferenciais e contratransferenciais, cujas particularidades serão abordadas no capítulo 05 deste trabalho.

3. A CLÍNICA DOS ESTADOS LIMITES

Com o objetivo de compreender o sofrimento psíquico subjacente à obesidade em uma clínica limite, faz-se necessário primeiramente analisarmos algumas características dela. Neste capítulo adotaremos como elemento norteador de nosso percurso teórico e da análise dos casos atendidos, a proposição greeniana (2002) que separa o campo das subjetividades em neurose e não-neurose⁷, de acordo com a posição libidinal, as angústias e mecanismos de defesa experienciados pelo indivíduo em sua relação com o mundo. Para o autor, o campo da não-neurose englobaria as subjetividades que se organizaram ou desorganizaram a partir de uma predominância de problemáticas no campo do narcisismo, incluindo os estados melancólicos que abordaremos posteriormente, mas não se limitando a eles. Acreditamos que ainda que a metapsicologia da não-neurose seja mais ampla que a dos estados melancólicos, guardando semelhanças e diferenças entre eles, seu estudo poderá contribuir para a compreensão do sofrimento psíquico subjacente às obesidades que se constituem no contexto de uma clínica de estados-limites. Neste contexto, a obesidade se configuraria como uma possível saída diante de um sofrimento narcísico e a prevalência da pulsionalidade de morte marcaria um sofrimento de cunho melancólico, o que as diferenciaria das neuroses tradicionais, como veremos adiante.

Colocados tais esclarecimentos, gostaríamos de começar este capítulo com três fragmentos clínicos ilustrativos:

⁷ Green (2002) refere-se aos termos '*structures névrotiques*' e '*structures non névrotiques*'. Utilizamos neste trabalho a tradução 'neurose' e 'não-neurose', respectivamente, bem como a análise e as contribuições de Minerbo (2009) sobre o tema.

“Eu sou uma compulsiva. Sou dependente química, faz quatro anos que consegui parar de usar droga, mas agora sou compulsiva com chocolate, com comida. Tento fazer dieta, depois recaio e sinto culpa, igualzinho era com a droga. Mas também, em dois anos eu perdi meu filho, perdi minha mãe, minha empresa, meu nome, minha dignidade... Tiraram tudo de mim, não sobrou nada. Com tudo isso, eu fui me matando, continuo me matando aos pouquinhos. Porque o vício, você sabe, é a doença do ainda. Eu ainda não fui prostituta, ainda não roubei, ainda não fui mendiga, mas se continuasse na droga, ia chegar lá. Agora vejo uma gordona na rua e sei, se eu continuar, eu vou chegar lá, mas não consigo parar.” (Madalena*)

“A vida não é boa não, é um castigo, no mínimo um purgatório. Porque se a vida fosse boa, pense, a gente tem que comer todo dia! Você nem quer comer, mas tem que comer para sobreviver. Querendo ou não, a gente come. Podia não ser assim, a gente podia comer só quando quisesse” (Iracema*)

“Às vezes eu tenho vontade de tatuar um NÃO bem grande no braço, pra lembrar que ele existe, que dói, machuca, mas que eu preciso viver com o não. Eu não consigo gostar de mim porque não sei lidar com frustração, não sei lidar com o não. Eu poderia aceitar que não preciso comer toda a comida do universo, aceitar que eu nunca vou ser uma mulher magra – NÃO – já tô frustrada. Meu vazio é esse, não aceitar as coisas, dá uma vontade louca de gritar, de surtar! Quando começa o desespero, essa vontade de gritar, eu agarro um pacote de bolacha, mal sinto o gosto e pronto, gritei.” (Jaqueline*)

Estas vinhetas, retiradas dos atendimentos realizados com as participantes desta pesquisa, ilustram o sofrimento destas pacientes expresso em suas relações com a comida e nos colocam em questão o limite diante de um objeto, remetendo a um assujeitamento, uma falta de controle que, como pontua Madalena, pode assemelhar-se à drogadição. Iracema coloca em foco o desejo, o querer, que muitas vezes se perde diante de um objeto narcísico, ou seja, um objeto que se presta a garantir a integridade do ego (MINERBO, 2009). Jaqueline, por sua vez, destaca a dificuldade de lidar com a frustração, com a ausência e com o vazio. Subjacente a estas falas, sobretudo nos casos de Madalena e Jaqueline, percebemos uma destrutividade, um comer que não visa à obtenção de prazer, mas sim o aplacamento de uma angústia, uma descarga pulsional imediata que nos remete a um funcionamento psíquico situado além do princípio do prazer (FREUD, 1920/1996) e nos limites da representação.

Portanto, neste capítulo pretendemos explorar as questões referentes ao negativo (GREEN, 1993), bem como levantando subsídios teóricos para a compreensão dos chamados estados-limite, profundamente conectados com a pulsão de morte e de vital importância para a compreensão do caso de Jaqueline, que apresentaremos posteriormente.

Madalena fala de sua relação com o chocolate como análoga à relação com as drogas. É importante pensarmos, então, na dinâmica envolvida na economia psíquica subjacente aos comportamentos adictivos. Ceccarelli (2011) ressalta a variabilidade dos comportamentos adictivos e se remete a casos nos quais os indivíduos apresentam grande angústia se não recorrerem a um objeto particular em busca de alívio:

Neste sentido, creio que podemos considerar que o objeto da adicção é, em certa medida, contingente, pois apresenta-se como um substituto daquilo a que o bebê, nas suas primeiras trocas afetivas com o mundo, pode 'agarrar-se' psiquicamente. Isto significa que este objeto externo, este 'outro' necessário à sobrevivência, pode tomar qualquer forma: droga, jogo, trabalho, sexualidade, uma pessoa... (CECCARELLI, 2011, p. 71).

Entendemos que este objeto externo pode também ser a comida, principalmente se nos remetermos a um momento inicial da infância (amamentação), no qual alimentação e afeto coincidem; se os objetos podem ser variados e o indivíduo pode mesmo “substituir” um por outro, somos convocados a pensar no tipo de relação estabelecida com este objeto e qual o papel desempenhado pelas relações objetais, sobretudo as mais primitivas (com o objeto materno), na constituição destas subjetividades que apresentam uma insistência particular do excesso, da violência pulsional e das falhas no campo da representação, situados nos “limites” da própria psicanálise - a saber, quadros que apresentam angústias e funcionamentos psíquicos

qualitativamente diferentes da clínica neurótica tradicional, com pacientes que apresentam distúrbios narcísicos-identitários, sendo o atendimento clínico marcado por ataques sistemáticos ao enquadre e defesas situadas aquém da representação, por vezes refratárias à atividade interpretativa.

3.1. A constituição do psiquismo sob a influência do “objeto absolutamente necessário”

Para iniciarmos uma compreensão deste “paciente limite” apresentaremos alguns conceitos trabalhados por Green em seu Seminário sobre o Negativo (1988), bem como algumas considerações retiradas da análise de Figueiredo e Cintra (2004) sobre este seminário, por articulá-lo com outras produções do autor sobre as temáticas da negatividade e dos limites.

A eleição das contribuições greenianas neste trabalho deve-se, sobretudo, à posição do autor no campo da psicanálise, estabelecendo uma teoria que concilia o que a psicanálise atual colocou em destaque – as relações de objeto – e o que a tradição lacaniana ajudou a destacar na obra de Freud – a negatividade. Este posicionamento surgiu por uma demanda clínica, com a emergência de um alto número de pacientes que colocavam em evidência o papel das relações objetais nos processos constituintes da subjetividade. A importância reside principalmente na ideia de que o objeto fundamentalmente adequado tende a se tornar invisível – negativado, esquecido, formando um vazio estruturante que dá espaço para a fantasia e para a representação – enquanto o objeto falho se faz presente, não cessa de tentar se inscrever, justamente por sua ausência, deixando marcas psíquicas (GREEN, 1988).

Freud (1930/1996) postula que, inicialmente, o ego inclui tudo, em uma espécie de sentimento oceânico; a perda de objetos de satisfação é condição, portanto, para que se dê o teste de realidade; ou seja, é a partir da frustração e da ausência que os limites entre o ego e a realidade externa pode se estabelecer – é a falta que inscreve, enfim, a alteridade. Green (1986) irá articular a teoria pulsional freudiana com a teoria das relações objetais, demarcando que objeto e pulsão são complementares e se determinam mutuamente, e é a distinção entre eles a condição fundamental para o funcionamento psíquico, base da atividade de representação.

Garcia (2009) destaca a importância da negação para a atividade representacional, ressaltando que o ‘não’ tem função constituinte ao estabelecer limites que possibilitam a atividade representacional. A autora faz uma análise da obra greeniana, sobretudo nos pontos referentes ao trabalho do negativo, trabalho este localizado nos limites da representação e cujo prejuízo se manifesta na dificuldade de pensamento característico dos pacientes limites e destaca os diferentes sentidos do *negativo* para a psicanálise:

Deste modo, em psicanálise o negativo se refere não apenas ao latente pré-consciente ou recalado, mas também ao oposto antagônico e ao nada nirvânico e, como atividade psíquica, se faz representar pelo trabalho do negativo em suas diferentes manifestações que abrangem amplo espectro de fenômenos psíquicos marcados pela atividade negativizante (...) abarcando manifestações tão diversas quanto o recalque, a forclusão e a função desobjetalizante. (GARCIA, 2009, p. 39)

A função desobjetalizante refere-se aos movimentos de ruptura e desligamento característicos da pulsão de morte, o que nos possibilita uma compreensão das dificuldades no campo da representação observadas nos pacientes limites, efeito do fracasso do trabalho do negativo, trabalho crucial na delimitação dos espaços psíquicos. Estes pacientes constituem o que Green irá

denominar como “clínica do vazio” (GREEN, 1975), e, nestes casos, a falha do objeto “absolutamente necessário⁸” é peça-chave na constituição psíquica.

É necessário que o objeto se deixe apagar, seja introjetado no ego, para dar lugar à representação. O trabalho do negativo para Green (1988), portanto, consiste nas atividades de negativização, de rompimento, desligamento objetal e de desobjetalização, podendo ser estruturante ou patologizante de acordo com a maneira que se dá ou falha. Em suma, é por meio da negativa que irão se constituir os limites psíquicos, o que estabelece a constituição subjetiva e a alteridade e favorece a atividade de representação.

No entanto, para que o “objeto absolutamente necessário” possa se fazer esquecer, primeiramente ele deve ter sido encontrado e se inscrito de certa maneira – ele fracassa na medida em que se ausenta quando deveria estar presente e está presente quando deveria se ausentar. Figueiredo e Cintra (2004, p. 18-19) dividem didaticamente o entendimento de Green acerca da função do objeto absolutamente necessário em dois tempos: um primeiro tempo no qual o objeto assume função paradoxal de estimular e despertar a pulsão e, ao mesmo tempo, de contê-la de maneira paraexcitatória, evitando que o bebê seja invadido por um excesso pulsional potencialmente traumatizante. Assim, neste primeiro momento, estas duas funções intrínsecas devem ser internalizadas para que o objeto possa ser, enfim, esquecido. No segundo tempo “ele (o objeto absolutamente necessário) está lá igualmente para dar ao indivíduo esta noção capital e essencial segundo a qual é preciso chegar à aceitação do conceito de que há mais que um objeto” (FIGUEIREDO; CINTRA, 2004, p. 19). É este movimento que permitirá ao indivíduo introjetar o

⁸ Entendido como um objeto que se deixa apagar, rasurar (FIGUEIREDO; CINTRA, 2004)

objeto, lidar com sua ausência e ser capaz de investir em uma multiplicidade de objetos substitutivos, sempre inadequados e falíveis.

Retomando as vinhetas clínicas que abriram este capítulo e o paralelo que traçamos com a dinâmica psíquica da adicção, pensamos que, nestes casos, esta função do objeto não foi introjetada. Nas relações ilustradas anteriormente, podemos observar esta busca por um objeto infalível, capaz de satisfazer plena e imediatamente todas as necessidades, incorporado de maneira voraz. Observamos então a importância clínica da falência do trabalho do negativo, nos deparando com pacientes que se sentem incapazes de suportar a frustração, vivenciada como prejuízo narcísico.

A obstrução no primeiro tempo da relação com o objeto o torna excessivo e intrusivo, seja em suas funções estimulantes, seja em suas funções de continência. Ao excitar excessivamente a pulsionalidade do bebê sem conseguir contê-las, esta função não pode ser introjetada, ficando o indivíduo na dependência de um aporte contínuo de estimulação externa – o que podemos observar tanto na drogadição e nas práticas masturbatórias quanto na relação compulsiva com a comida. Não há no sujeito a inscrição de um vazio estruturante, que lhe possibilite elaborar a ausência do objeto por meio da capacidade de fantasiar e de estar só; o vazio e a ausência se tornam fonte de angústia. Neste contexto, a presença do objeto é necessária para sobrevivência psíquica, dando espaço para saídas extra-representativas: passagens ao ato, toxicomania, crises psicossomáticas ou surtos depressivos. O sujeito passa a buscar novos objetos, capazes de responder às necessidades mais básicas de constituição psíquica, e a compulsão que se

instala se localiza além do princípio do prazer, marcando o caráter mortífero destas subjetividades.

A “clínica do vazio” testemunha, portanto, casos nos quais o vazio não pode se inscrever como estruturante, bem como, pelos prejuízos ao pensamento e à atividade de representação, por vezes o analista se vê diante de um psiquismo “oco”, árido, vazio de imagens, representações, fantasias e desejos. Sem a introjeção deste vazio estruturante, a ausência do objeto é vivenciada como um ataque, uma presença má e persecutória, que lança o indivíduo em um vazio de significação, pela precariedade da matriz simbólica do sujeito. Como vimos, é o trabalho do negativo que inscreve uma separação entre o eu e o outro; no entanto, há um segundo limite que se desdobra intrapsiquicamente, o que Green (1982) irá chamar de “duplo limite”, entre nosso mundo interno e o mundo exterior (incluindo as relações de alteridade), e um limite puramente interno, entre as instâncias psíquicas. As dificuldades em estabelecer e sustentar estes limites são centrais nos pacientes limites, o que acaba por prejudicar diversos processos psíquicos, como apontam Figueiredo e Cintra (2004, p. 31-32):

Na ausência, por exemplo, de um segundo limite [*entre interior e exterior*], pode-se criar, de um lado, um intenso mundo externo imaginário (ou muito bom e sedutor ou muito mal e persecutório) e de outro lado, um mundo interno repleto de ‘objetos reais’, não subjetivados, não simbolizáveis, não incluídos no campo de uma vida psíquica. Tais ‘objetos’, aquém do bom e do mau e fora do campo do sentido e, portanto, não recalcados, são fontes ‘reais’ das mais poderosas angústias, as agonias inomináveis.

Estas agonias inomináveis se manifestam aquém da representação, nos atos maníacos ou no embotamento melancólico. Green (1982) eleva a ideia de limite à categoria de conceito ao lançar luz sobre as dificuldades de alguns pacientes em articular e sustentar este duplo limite diante de um objeto

igualmente intrusivo e ausente – mas essencialmente excessivo – e das moções pulsionais, simultaneamente invasivas e extravasantes. Tais pacientes apresentam dificuldades no campo relacional por sua excessiva permeabilidade ou fechamento ao outro, justamente pelas falhas constitutivas que lhe permitiriam sustentar a noção de alteridade e de um ego capaz de suportar a frustração e ausência. Delineamos então a quais limites nos referimos quando mencionamos a clínica dos estados-limites: dificuldades no campo da alteridade e das bordas do próprio ego.

3.2. Ampliando a noção de “limite” como conceito

Chagnon (2009, p. 177) sintetiza as contribuições de Bergeret (1974; 1975; 1984) para a compreensão dos estados-limites, que gostaríamos de analisar à luz dos conceitos que abordamos até o momento. De acordo com Bergeret, tais estados podem ser compreendidos como doenças do narcisismo, centradas na luta contra a depressão, ou seja, uma tentativa mais ou menos eficaz no sentido do evitamento de um sofrimento narcísico. O sofrimento psíquico nestes estados está profundamente relacionado à angústia da perda do objeto, diferentemente da angústia de castração do neurótico e da angústia de destruição do psicótico. Chagnon (2009) destaca uma angústia depressiva – que mobilizará tentativas de defesa – desencadeada pela possibilidade de falha do objeto que sustenta o narcisismo do indivíduo, o que pode levar, em nosso entendimento, a um fechamento narcísico (“não preciso de nada, pois se algo me faltar não serei capaz de suportar”) ou à eleição de objetos que possam ser controlados, como destaca Chagnon (2009, p. 183):

O desenvolvimento de uma relação de domínio, na qual o objeto torna-se tolerável por sua submissão e controle, seja por meio da imposição de sensações ou objetos de substituição, acaba sendo um

campo em que os transtornos do comportamento pertencem ao registro aditivo (toxicomania, alcoolismo, transtornos alimentares), havendo o risco de uma ruptura progressiva relacional e de um embotamento sintomático.

Consequimos pensar aqui na relação de algumas obesidades com o excesso alimentar. Ao elevar a comida ao estatuto de objeto narcísico, garantia de integridade egóica, o obeso adquire certo controle sobre um objeto que não oferece resistência, não frustra, mas também não satisfaz plenamente (já que a satisfação total de todas as necessidades é ilusória). Podemos observar esta ideia em exemplos como o ilustrado a seguir:

“Eu até gosto de sair, de ficar com meu marido... Eu até gosto de sexo... Mas às vezes não tenho vontade de tentar seduzir, ainda correr risco de ouvir não... Mais fácil pra mim é ir pra cozinha fazer meus doces, pegar uma pratada de pãezinhos e ficar comendo. Para os meus doces eu não tenho que me esforçar, meus doces não me dizem não nunca!” (Jaqueline)

A sensação que temos ao ouvir um relato destes é de um fechamento ao outro como tentativa de proteção. De acordo com Chagnon, a relação objetual nos estados limites é marcada por uma grande necessidade de ser amado pelo objeto – como condição para sustentar seu próprio narcisismo –, objeto este que é visto como total, separado, mas que permanece pré-genital, em uma relação anaclítica ou de apoio. O sujeito fica, então, na dependência deste objeto, no aguardo de satisfações positivas e de proteção, o que impossibilita o luto diante da perda deste objeto onipotente. Haveria um investimento hipotético em um objeto “externo”⁹ para mascarar e remediar um vazio interior ou uma dependência de um outro que não pode frustrar, não pode falhar nunca. Destacamos que não é a falta em si que é patogênica, mas a falta que incide sobre uma satisfação exigida pelo sujeito. O que constitui um problema é

⁹ Inserimos o termo *externo* entre aspas por questionarmos-nos a respeito da solidez da alteridade estabelecida nestes casos, já que consideramos que os limites interno-externo constituem problemática comum nestes estados.

que, em alguns casos, algumas demandas não podem receber satisfação de nenhuma maneira (FREUD, 1916/1996), colocando o indivíduo em situações de frustração que, por sua constituição psíquica, são vivenciadas com intensa angústia, por sua característica de fragilidade egóica, constituída sobre um narcisismo frágil.

No centro destas subjetividades está, portanto, a falência do objeto e seu impacto narcísico – seja por sua ausência ou por ser excessivamente presente, intrusivo em um ego que não reconhece seus próprios limites –, o que irá desencadear dois mecanismos básicos responsáveis pela atividade psíquica dos pacientes limites: a cisão e a depressão primária (GREEN, 1977). A cisão atua sobre o duplo limite, seja ele interno/externo ou entre os núcleos egóicos, e o autor nos fornece uma metáfora que nos possibilita maior compreensão a respeito da relação entre o mecanismo de cisão e o vazio determinante desta clínica:

There ego nuclei can aptly be designated as *archipelagos*. (...) Instead of a myriad of island surrounded by an ocean, one might think of isolated pieces of land delineated by void space. These islands remain without the possibility of connection with each other. There is lack of cohesiveness, a lack of unity, and above all a lack of coherence and an impression of contradictory sets of relations – roughly speaking, the coexistence of contradictory thoughts, affects, fantasies, but moreover contradictory byproducts of the pleasure principle, the reality principle, or both. This failure in integration gives the observer a feeling of aloofness, an absence of vitality, as these separated islands of egos (self-object relations) do not succeed in forming one individual being. In my view, these islands of ego nuclei are less important than their surrounding space, which I have described as void. Futility, lack of awareness of presence, limited contact are all expressions of the same basic emptiness that characterizes the experience of the borderline person. (GREEN, 1977, p. 78-79)¹⁰

¹⁰ Os núcleos egóicos podem apropriadamente serem denominados como *arquipélagos* (...) Ao invés de uma miríade de ilhas cercadas por um oceano, podemos pensar em pedaços de terra isolados, separados por vazios. Estas ilhas não possuem a possibilidade de conexão entre si. Não há coesão, há uma falta de unidade e, acima de tudo, uma ausência de coerência e uma impressão de relações contraditórias – grosso modo, a coexistência de pensamentos contraditórios, afetos, fantasias e, além de tudo, subprodutos contraditórios do princípio do prazer, da realidade ou de ambos. A falha na

Este vazio torna o ego frágil, cindido, e coloca empecilhos à construção de representações. Fica claro neste trecho que a cisão tem efeito disruptivo sobre a capacidade vinculatória, apresentando, por tal razão, prejuízo ao pensamento, sobretudo a atividade de abstração, que exige o trabalho do negativo para se efetuar. Esta metáfora nos possibilita também compreender o porquê deste ego cindido, esburacado, encontra dificuldades em estabelecer seus limites e sua identidade, justamente pela falta de comunicação entre os núcleos egóicos. Com a dificuldade de estabelecer seus limites, o indivíduo fica fragilizado, ameaçado pelas angústias de intrusão e de separação diante de outros objetos. Mais do que estabelecer relações objetais, visando a satisfação pulsional e o movimento desejante, prevalece nestes sujeitos a necessidade de defender-se de objetos potencialmente intrusivos, assegurando a continuidade de suas frágeis fronteiras psíquicas.

3.3. O insustentável peso da frustração

Vimos que a elaboração da perda e da frustração constitui um desafio particular para os pacientes que, fragilizados egoicamente, vivenciam a experiência da ausência como uma ameaça à própria integridade narcísica. Gostaríamos de apresentar outro fragmento clínico ilustrativo que nos possibilite uma melhor compreensão desta problemática:

“Porque eu sou assim, porque eu não sou capaz de lidar com nada? Nunca fui, sempre fui uma criança mimada, se jogando no chão pra conseguir o que quer. Mas agora eu sou adulta, não deveria mais querer tudo, e comigo é assim, tudo ou nada, surto, me jogo no chão mesmo. O pior é que sei lá, às vezes eu sinto que tô correndo em

integração dá ao observador uma sensação de indiferença, uma ausência de vitalidade, já que estas ilhas egóicas não constituem com sucesso um ser integrado. Em minha opinião, estes núcleos egóicos são menos importantes que o espaço ao redor deles, que descrevi como vazio. Futilidade, falta de consciência da presença e dificuldade de contato são expressões do mesmo vazio que caracteriza uma pessoa limítrofe. (Tradução nossa)

volta do rabo, nem sei o que eu quero, como é que eu vou conseguir?” (Jaqueline*)

Observamos nesta fala o sofrimento pela frustração por não ter o que quer e a reação diante desta frustração. Jacqueline parece não ter certeza de seus contornos, de seus desejos, de quem é. Não há uma experiência jubilosa de si (“eu sempre fui assim”), mas sim a marca de uma incerteza de si. A imagem da criança se jogando no chão transmite a agressividade, o excessivo pulsional que não é capaz de ser modulado, necessitando de descarga imediata – seja pela via motora ou pelos comportamentos compulsivos que Jacqueline apresenta (na relação com a comida e com o álcool, por exemplo).

Jaqueline descreve com impressionante riqueza semântica seus sentimentos, mas por vezes a riqueza de seu mundo interno parece não ser capaz de conter sua violência pulsional, de constituir uma rede de representação moduladora – suas descrições sobre si são complexas e dão a impressão de um grande saber sobre si, no entanto, esta sabedoria parece não lhe servir para conectar-se aos significados que poderiam atenuar seu sofrimento. A riqueza de suas metáforas não se traduz em vivências, em *insights*, ficando preso em um nível semântico que não circunscreve a experiência, não possibilita a Jacqueline uma apropriação deste saber sobre si com vistas a um crescimento egóico. Para Green (1988), a própria fala assume, nos casos-limite, a condição de ataque ao enquadre psicanalítico sob a forma de um não-**poder**-dizer-sobre, que difere de um não-**querer**-dizer. O autor destaca a dupla função da fala na negatização da pulsão, que ao mesmo tempo a contraria ao impor diferenças e renúncias e, em parte, a transforma em desejo. Neste contexto, ‘não poder falar sobre’ é, portanto, não ter podido suportar nenhuma perda, não poder renunciar e não tolerar a insuficiência dos

objetos substitutivos, pois é a linguagem também insuficiente para possibilitar o reencontro com o objeto perdido.

Nos psiquismos limite (e, a nosso ver, no caso de Jaqueline), esta impossibilidade de falar significativamente sobre ou de se apropriar de suas representações se manifesta em ataques: ataques ao enquadre terapêutico, adoecimento psicossomático, passagens ao ato – de alguma forma, algo irá tomar o lugar deste dizer impossível, pois não há matriz simbólica capaz de sustentar a perda ou o limite. O predomínio da função desobjetalizante (pulsionalidade de morte) ataca as possibilidades de investimento objetal e, em ultima instância, narcísico, fonte da destrutividade e da ausência de objetos neste luto branco inelaborável. Na análise de Figueiredo e Cintra (2004, p. 49):

O branco é, assim, a ausência de objeto, ausência de si (ausência de objetos de investimento libidinal e narcísico), ausência de representação e de pensamento e, simultaneamente, uma opacidade (...). É o branco opaco, obstinado e impenetrável. Um branco 'cheio', portanto, embora cheio de vazio, pois o que está interiorizado (sem ser na verdade introjetado e sem servir de base a uma verdadeira identificação) é um introjeto do objeto primário que dele só conserva uma forma totalmente abstrata e que exerce sua ação no modo de um impedimento ao prazer narcísico de se sentir vivo, em ação, em progresso.

Este simbolismo de um corpo cheio de vazio abarca variadas manifestações da clínica de pacientes obesos, que buscam tamponar angústias indescritíveis e podem assumir com os outros a mesma relação voraz – uma demanda infinda de satisfação plena e imediata – que assumem com a comida. Uma fala de Jaqueline pode ajudar a ilustrar esta exigência quase agressiva de gratificação:

“Eu acho o Rafael muito acomodado, eu tô aqui, estudando, buscando uma carreira de sucesso, e ele não tenta mudar de emprego, diz que gosta do emprego que tem, mas eu acho que ele tinha que buscar melhorar também, porque eu tô melhorando. Às vezes ele tenta me agradar e eu acabo até brigando com ele, grito,

choro quero matar ele! Ele diz que nada é suficiente pra mim, e pior que eu acho que é verdade” (Jaqueline*)

Podemos interpretar nesta fala uma voracidade infantil, uma demanda feita ao outro por uma existência sem frustração, nirvânica e, nestes termos, mortífera, relativa a um nível zero de excitação, uma ausência total de sofrimento. A frustração é excessivamente sentida e necessita de uma evacuação imediata e motora, própria da pulsão de morte, já que o aparelho psíquico não conta com uma rede de associações capaz de modular esta pulsionalidade que o invade. Este prejuízo da capacidade associativa e o predomínio do processo primário são marcas do comportamento de Jaqueline e de outros pacientes limites, e estão associados às falhas na função contingente do objeto primário.

Remetemo-nos aqui a uma breve concepção do conceito de trauma, sem nos determos em uma aprofundada revisão sobre o tema, que foge aos nossos propósitos¹¹; adotamos como perspectiva a noção de trauma tal qual Freud o concebe a partir de sua segunda teoria pulsional, de 1920. O autor afirma que “a proteção contra os estímulos é para os organismos vivos uma função quase mais importante do que a recepção deles” (FREUD, 1920/1996, p. 43) e, portanto, o trauma seria a ruptura desta camada paraexcitatória, uma inundação pulsional do aparelho psíquico numa intensidade tal que bloqueia o funcionamento do princípio do prazer. Freud destaca que quanto maior a capacidade quiescente do aparelho psíquico para estabelecer ligações, maior sua capacidade de receber um afluxo de energia sem ser considerado excessivo; no entanto, se o aparelho possui baixa catexia, menor será sua

¹¹ Para uma revisão do conceito de trauma Cf, p. ex. **MALDONADO, G.; CARDOSO, M.R.** (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1.

capacidade de receber e modular tal influxo pulsional, e mais violentas serão as consequências da ruptura deste escudo paraexcitatório.

Nos pacientes limites, observamos justamente este prejuízo na capacidade vinculatória das pulsões, vivenciando qualquer estímulo como excessivo e, portanto, potencialmente traumático. Cardoso (2005) destaca a precariedade das operações de assimilação dos objetos e de totalização do eu nos estados limites, nos quais a relação objetal trará um funcionamento absoluto em uma espécie de “paixão mortífera”, uma tendência regressiva do objeto do desejo para o objeto da necessidade, necessário para o reassseguramento narcísico. A autora aponta aspectos que se destacam nestes casos, como a convocação do corpo, a presença de comportamentos adictivos e uma prevalência de um olhar concreto que parece não ter acedido à ordem do desejo: “no olhar que dirige a si, ou naquele que o outro lhe dirige, só enxerga a sombra do outro, este objeto-coisa que entrava a consolidação de sua constituição narcísica” (CARDOSO, 2005, p. 25). Esta passagem é exemplificada no relato a seguir:

“Eu nem me olho no espelho direito, porque nem me reconheço. Compro roupas que não me servem e sempre me assusto, fico em choque, quando vejo minhas roupas fora do corpo, perto da roupa dos outros. Sinceramente, eu não tenho a menor ideia do meu tamanho: às vezes me acho gigante, a mais gorda do planeta, às vezes não sei”. (Jaqueline*)

Este olhar que não se reconhece, que não sabe seus contornos, reforça a problemática dos limites nestes casos – um corpo que dói ao comer, que dói ao existir pelo excesso de peso. Sem definição de seus contornos, resta ao sujeito o desamparo e a permeabilidade ao outro, uma sujeição a um outro que não responde suas demandas. Cardoso (2005) pontua que, nos estados limites, a angústia de separação está além da ameaça da perda do objeto, mas

sim, a impossibilidade de perdê-lo e, citando André (2001), afirma que o único eu existente nestas configurações é um outro fora de si. Nestes termos, a perda do outro é uma perda de si, vivenciada como ferida narcísica que precisa ser tamponada para garantir a sobrevivência psíquica do indivíduo. Entendemos aqui a impossibilidade de perder o objeto como a incapacidade de negativá-lo, de “matá-lo” sem precisar se matar, ou seja, de realizar o trabalho do negativo como vimos anteriormente, central nas patologias narcísico-identitárias.

Estamos nos referindo a uma não-inscrição primária da falta, da ausência, do vazio estruturante; por esta precariedade de sua matriz simbólica, o indivíduo fica diante da possibilidade de vivenciar um desamparo diante do qual as defesas narcísicas, portanto, representariam uma tentativa de circunscrever uma área traumática de sua história, mas sem dispor, no entanto, de um aparelho psíquico suficientemente constituído para dar conta deste excesso por meio da representação.

3.4. “Engolir” o outro – a problemática da alteridade

Destacamos que a alteridade, tão próxima da noção de fronteiras/limites, constitui problemática nestas subjetividades. De acordo com Cardoso (2006), o impasse diante da alteridade se manifesta nos estados limites por uma angústia violenta, marcada tanto pela ameaça de abandono que se conjuga paradoxalmente pelo medo de ser invadido e engolfado pelo outro, daí a necessidade de “engoli-lo”, guardá-lo dentro de si.

Um dos aspectos importantes desta paixão oral devoradora é uma progressiva indiferenciação entre eu e o objeto, pois tudo tende a ser

mastigado e devorado, digerido, mas nem sempre metabolizado, nos protótipos da alimentação. Gurfinkel (2011) destaca que, na paixão oral, há uma busca do excesso pelo excesso, característico do comportamento adictivo, e apresenta uma descrição que coloca em destaque a pulsionalidade mortífera e a destrutividade presente nestes casos:

A ‘violência digestiva’ é justamente aquela inerente à progressiva indiferenciação, em que o que é destruído é menos o outro e mais a distinção eu-outro, sendo a morte do objeto ao mesmo tempo a morte do Eu. ‘*Comer até morrer*’ significa levar o projeto oral-regressivo até o fim e com tal radicalidade, que a morte do sujeito é quase seu desfecho natural. O objeto final da desarticulação regressiva é a própria subjetividade (GURFINKEL, 2011, p. 323, grifo nosso).

“Comer até morrer” comporta várias conjecturas e possibilidades. Podemos pensar, então, que em uma obesidade decorrente de uma tentativa de defesa diante da angústia de separação traria em si uma característica mortífera, pela falência do trabalho do negativo, podendo até mesmo levar o indivíduo à morte, como observamos nos casos de obesidade mórbida, marcando uma tentativa – patológica – de superação e de proteção ante o vazio da perda do objeto.

Observamos, enfim, que em uma obesidade com características melancólicas o indivíduo obeso abdicaria de um “comer para viver” no sentido de satisfação pulsional parcial, atendendo suas necessidades nutricionais e fisiológicas, e passa a um “comer para morrer”, dando à comida um estatuto de necessidade, buscando satisfazer totalmente suas pulsões e escoar toda a sua angústia, visando um nível zero de tensão que relaciona-se a um estado nirvânico para sempre perdido. Há um imediatismo na busca por situações prazerosas que não se inscrevem como vivências de satisfação, trazendo ainda mais frustração e angústia a estes sujeitos. Sob a primazia das pulsões

de morte, restam-lhes apenas uma penosa e perigosa sobrevivência, já que atingir seu objetivo – aplacar toda a angústia, preencher todo o vazio – implicaria na morte do eu.

Buscamos destacar neste capítulo a problemática das fronteiras e dos limites, por terem emergido como conceitos-chave para a compreensão do caso que apresentaremos posteriormente. Jaqueline menciona sua necessidade de “limites” em todas as sessões, e esta temática lhe é fonte das mais profundas angústias. Esta angústia se manifesta no desconhecimento de seu corpo, no caráter infantil das relações que estabelece, sentindo-se excessivamente vulnerável ao que vem do outro ou absolutamente afastada dele, o que se repete e tem grandes repercussões também no *setting* terapêutico, como veremos posteriormente no capítulo 05.

Neste capítulo, adotamos como paradigma de análise as relações de objeto na constituição do aparelho psíquico, enfatizando um momento primitivo de inscrição da alteridade e dos limites intrapsíquicos. A falha primária inscreve no sujeito uma angústia de separação pela ausência de um objeto interno estável – nestes pacientes, o objeto interno existe, mas é falho, não possui autonomia, necessitando constantemente de uma confirmação externa de que ele existe. Daí o apego ao concreto, ao objeto externo, pois, se o objeto externo falha/frustra, o indivíduo sente-se ameaçado, diante da ausência de suporte de um objeto interno introjetado. Esta ameaça da perda do objeto pode levar o indivíduo a buscar soluções com um colorido melancólico como defesa diante da angústia, do desamparo. Passaremos a uma compreensão de tal mecanismo no capítulo a seguir.

4. REFLEXÕES ACERCA DA MELANCOLIA

Seguiremos nosso percurso teórico buscando caracterizar a melancolia enquanto conceito na obra freudiana; para tal, será necessária revisão de outros conceitos que mantêm relação estreita com a melancolia, tais como o conceito de narcisismo e de pulsão de morte, destacando a questão da destrutividade, que norteia nosso trabalho. Somaremos a este objetivo a apresentação do Complexo da Mãe Morta como postulado por Green (1980), e as possíveis articulações entre a melancolia e este complexo.

No clássico texto “Luto e Melancolia”, Freud (1917b/1996) define a melancolia como uma neurose narcisista, na qual há o direcionamento da libido para o próprio eu, como um estado no qual há

um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (FREUD, 1917b/1996, p. 146)

Um dos grandes méritos desta obra é propor um paralelo entre o trabalho do luto e a melancolia, apontando as semelhanças entre eles e, principalmente, as especificidades de cada um. A cessação de interesse pelo mundo externo no processo de luto se manifesta pela inibição da atividade do ego, referente a uma perda temporária na capacidade de investimento libidinal em um novo objeto de amor. O luto, por si, não é patológico; ele tem a função de reinserir o sujeito no campo do desejo, e o ‘trabalho do luto’ consiste justamente na elaboração da perda sofrida, por meio da simbolização, ou seja, “o luto compele o ego a desistir do objeto, declarando-o morto e oferecendo ao

ego o incentivo de continuar a viver, assim também cada luta isolada da ambivalência distende a fixação da libido ao objeto, depreciando-o, denegrindo-o e mesmo, por assim dizer, matando-o” (FREUD, 1917b/1996, p. 156). O trabalho do luto, justamente com o princípio de realidade, é responsável por matar psiquicamente o morto.

Na melancolia, no entanto, o trabalho do luto não consegue ser efetuado e a perda do objeto toma outro destino – a identificação narcísica com o objeto perdido e o retorno libidinal ao sujeito sobretudo das pulsões agressivas direcionadas anteriormente ao objeto. O ego entra em um movimento de assassinato de si mesmo, expresso nas recriminações, no autoenvilecimento, no vazio absoluto, característicos do melancólico.

Cabe destacar, no entanto, que no padecimento melancólico trata-se de uma perda de natureza mais ideal, ou seja, o objeto não precisa ter deixado de existir, mas ter sido perdido enquanto objeto de amor. Assim, o melancólico pode não ver, claramente, o que foi perdido – sabe *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém. Freud (1895a/1996) ressalta, desde o início de suas reflexões acerca deste padecimento, que na melancolia trata-se de uma perda na vida *pulsional* e, por ser pulsional, esta perda revela um quadro narcísico particular, no qual não é o mundo que se torna vazio, mas sim, o próprio ego.

O autor destaca que a principal diferença entre os estados melancólicos e o processo de luto considerado não-patológico reside no fato de observarmos que o melancólico exhibe também uma diminuição de sua autoestima, um empobrecimento egóico que se observa pelas constantes críticas e

repreensões que o melancólico impõe a si. Isto se justifica pela metapsicologia da melancolia, já que, no indivíduo em estado melancólico, “uma parte de seu ego se coloca contra a outra, julga-a criticamente e, por assim dizer, toma-a como seu objeto” (FREUD, 1917b/1996, p. 253). Neste momento de sua obra, Freud ainda não havia cunhado o termo “superego” (FREUD, 1923/1996), que posteriormente irá assumir as funções de consciência moral, auto-observação e guardião das instâncias ideais; lembremos que, em *Neurose e Psicose*, Freud (1924/1996) define as neuroses narcísicas como um conflito direto entre o superego e o ego, vendo na melancolia uma hiperatividade patológica do superego.

Entendemos então que, para Freud (1917b/1996), a melancolia não seria uma estrutura psíquica, sendo passível de uma súbita aparição diante da impossibilidade de elaboração da perda de um ente querido ou uma abstração. Em alguns momentos de sua obra, Freud inclusive se refere a surtos melancólicos (FREUD, 1933/1996), como na seguinte passagem, referente à severidade e à autonomia do superego nos estados melancólicos:

Estou-me referindo à *situação da melancolia*, ou, mais precisamente, dos *surtos melancólicos*, dos quais os senhores terão ouvido falar muito, ainda que não sejam psiquiatras. O aspecto mais evidente dessa doença, de cujas causas e de cujo mecanismo conhecemos quase nada, é o modo como o superego - ‘consciência’, podem denominá-la assim, tranquilamente - trata o ego. Embora um melancólico possa, assim como outras pessoas, mostrar um grau maior ou menor de severidade para consigo mesmo nos seus períodos sadios, *durante um surto melancólico* seu superego se torna supersevero, insulta, humilha e maltrata o pobre ego, ameaça-o com os mais duros castigos, recrimina-o por atos do passado mais remoto, que haviam sido considerados, à época, insignificantes - como se tivesse passado todo o intervalo reunindo acusações e apenas tivesse estado esperando por seu atual acesso de severidade a fim de apresentá-las e proceder a um julgamento condenatório, com base nelas. O superego aplica o mais rígido padrão de moral ao ego indefeso que lhe fica à mercê; representa, em geral, as exigências da moralidade, e compreendemos imediatamente que nosso sentimento moral de culpa é expressão da tensão entre o ego e o superego (FREUD, 1933/1996, p. 43, grifos nossos)

Destacamos nesta passagem a ênfase dada pelo autor para a possibilidade de existência de surtos melancólicos, o que nos passa a ideia de algo que pode ser transitório, ainda que Freud pouco nos esclareça sobre os possíveis desfechos dos estados melancólicos. Destacamos ainda a imagem criada por Freud do papel do superego nos surtos melancólicos, um superego severo e acusador, arcaico e tirânico, muito mais próximo do ideal de eu do que de um “herdeiro do complexo de Édipo” (FREUD, 1923/1996, p.30). Este superego, com suas particularidades, irá ocupar um papel central na concepção freudiana no mecanismo da melancolia, tal como o autor se posiciona em seu artigo “Neurose e Psicose”.

Nesta obra, Freud (1924/1996) retoma os conceitos estabelecidos em seu texto anterior de 1923¹² para estabelecer algumas diferenças entre a neurose e a psicose. Freud relembra que o ego é uma posição intermediária entre o mundo externo e o id, atuando como um mediador dos impulsos instintuais do id através do escoamento ou da repressão destes impulsos. Segundo o autor (1924/1996, p. 167), “a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo”. Este conflito entre o ego e o id, cerne da neurose, passa pelo conceito de superego, termo cunhado em 1923 para definir a instância da personalidade herdeira do Complexo de Édipo e responsável pela consciência moral, pela auto-observação e pela formação dos ideais.

¹² Cf FREUD, S. (1923) O Ego e o Id. In: In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Portanto é o superego, atuando sobre o ego, que o torna repressor; e do conflito entre o ego repressor, a serviço do superego, e o id, resultariam as neuroses de transferência (histeria, neurose obsessiva e fobias). Na psicose, é fácil perceber a ruptura entre o ego e o mundo externo, quando a partir de uma frustração completamente intolerável, o indivíduo rompe suas catexias com a realidade, construindo um novo mundo de acordo com seus impulsos desejosos, resultando em um completo afastamento da percepção do mundo externo. O autor estabelece nova comparação entre a neurose e a psicose ao afirmar que:

o efeito patogênico depende de o ego, numa tensão conflitual deste tipo, permanecer fiel à sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o id, ou ele se deixar derrotar pelo id e, portanto, ser arrancado da realidade (FREUD, 1924/1996, p. 169).

Em comum, observamos que ambas surgem de um desejo não compatível com a realidade. No entanto, neste momento de sua obra o autor irá apontar uma terceira possibilidade de conflito, analisando o que seria um conflito direto entre o ego e o superego. Esta terceira possibilidade vem ressignificar o termo “neurose narcísica”, anteriormente utilizado por Freud para referir-se às parafrenias e outros padecimentos psicóticos, em oposição às neuroses de transferência – histeria, neurose obsessiva e fobias. Ao delimitar o uso do termo “neurose narcísica” como algo restrito às afecções do tipo melancólico, Freud (1924) as diferencia tanto das neuroses de transferência, quanto das psicoses.

4.1. Narcisismo e ideal de eu – a base da constituição subjetiva

Neste ponto, achamos importante determo-nos em uma breve análise da constituição do aparelho psíquico, abordando-o em dois eixos distintos: um eixo libidinal, cujo foco é a compreensão das vicissitudes pulsionais inerentes

às fases do desenvolvimento sexual; e um eixo objetual, que busca lançar luz sobre as relações objetais estabelecidas pelo indivíduo desde a primeira infância.

Iniciaremos tal percurso pelo eixo libidinal. Freud (1905a/1996), ao se debruçar sobre a sexualidade infantil, postula a existência de três estágios pré-genitais da libido, marcadas pela primazia de determinadas zonas erógenas, a saber: a fase oral, a fase oral e a fase fálica. Abraham (1924) retoma o postulado freudiano e subdivide estas fases em seis etapas, intimamente ligadas com processos fisiológicos: fase oral primitiva, relacionada à atividade de sucção e fase oral posterior canibalesca; fase sádico-anal primitiva e posterior e fase genital inicial (fálica) e posterior. Já em 1916 o autor identifica claramente na melancolia uma fixação na fase oral do desenvolvimento da libido; portanto, nos ateremos ao estudo desta primeira etapa pré-genital da libido.

A partir da observação da atividade sugatória realizada pelas crianças, Freud (1905a/1996) define características importantes deste período. A primeira característica marca o caráter auto-erótico desta atividade, ou seja, o instinto de sugar não se acha dirigido para outro objeto. Ainda mais importante, o instinto de sugar sustenta a preservação da vida, pois se encontra intrinsecamente ligado ao sugar em busca de nutrição. Assim, neste momento primevo do desenvolvimento libidinal, a satisfação da necessidade de nutrição e a satisfação da zona erógena não podem ser separadas. Para o autor, o sugar por prazer pode ser considerado uma atividade sexual justamente na medida em que se desliga da atividade nutritiva, trocando o objeto externo por outro pertencente a próprio corpo.

Abraham (1916, p. 67) reforça esta diferenciação também em pacientes adultos, ao comparar pacientes que apresentam sintomas do comer excessivo aos chupadores-de-polegar adultos, afirmando que os segundos representam um estágio mais avançado do desenvolvimento libidinal, pois teriam atingido certa independência do instinto nutritivo, ou seja, neles “a obtenção do prazer não se acha mais associada à sucção destinada à nutrição”.

Outro ponto importante levantado por Abraham (1916) relaciona-se com a capacidade de tolerância à falta de satisfação ou à busca de gratificações substitutivas quando vivenciam uma abstinência temporária dos estímulos aos quais estão habituados. De acordo com o autor, quanto menos sua vida instintiva se achar afastada do nível infantil, mais intolerantes à diminuição do prazer estes pacientes serão e mais imediata será a necessidade de busca pela gratificação. Esta observação nos auxilia a compreender a urgência e dependência de alimento que alguns pacientes obesos apresentam – por sua libido encontrar-se intimamente ligada aos instintos nutritivos, sua fixação marca um retorno a um momento bastante primitivo do desenvolvimento libidinal.

Reside aqui uma das chaves para a compreensão da relação entre a oralidade e a melancolia. Esta hipótese é sustentada por Abraham a partir da identificação de uma perda da capacidade de amar ocorrida nos padecimentos melancólicos, ou seja, uma impossibilidade de investir libidinalmente seu objeto de amor. Assim, sua libido adquire características auto-eróticas, pois “quanto mais a zona genital se retira para o segundo plano como fonte de prazer, mais os indivíduos se voltam para o erotismo oral e anal” (ABRAHAM, 1916, p. 77).

Há, portanto, um componente narcísico na melancolia, um retorno libidinal ao próprio eu.

Já o eixo objetal é marcado pela relação com o próprio eu e com a inscrição da alteridade. Nesta perspectiva, Freud (1914a/1996) irá caracterizar o narcisismo como a maneira de uma pessoa tratar seu próprio corpo da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado, obtendo satisfação disso. Importante ressaltar que o narcisismo é um complemento libidinal egóico ao instinto de preservação e é parte do desenvolvimento normal dos indivíduos, visto que certa quantidade de libido é necessária para a sua autoproteção, para a defesa do ego; o narcisismo é, portanto, uma dimensão fundante do ego, unificadora e constitutiva do sujeito. Com a introdução da segunda teoria do aparelho psíquico (FREUD, 1923/1996), o autor passa a opor um narcisismo primário, um estado precoce no qual a criança investe toda a libido em si mesma (marcado pela total ausência de relações com o meio e por uma indiferenciação entre ego e id) e um narcisismo secundário, momento de formação do ego por identificação com outrem, e que também marca o retorno ao ego da libido retirada dos investimentos objetais.

Laplanche e Pontalis (2001) esclarecem que, para Freud, o narcisismo primário designa o primeiro narcisismo, indicando a crença da criança em sua própria onipotência. No período de 1910-1915, esta fase seria localizada entre o auto-erotismo e a escolha de um objeto externo de amor, e parece contemporânea ao surgimento de um ego constituído. Porém, com a elaboração da segunda tópica (FREUD, 1923/1996), o termo narcisismo primário passa a se localizar em um momento extremamente arcaico do

desenvolvimento, anterior até mesmo à constituição de um ego; tal definição suprime a diferença entre auto-erotismo e narcisismo. Portanto, quando pensamos em um narcisismo primário, estamos falando de um estado rigorosamente “anobjetal”, indiferenciado, sem separação entre um indivíduo e o mundo exterior.

Esta definição é muito polêmica, sendo contestada por diversos autores, que defendem a existência de uma relação objetal desde a origem. Laplanche e Pontalis (2001) optam, então, por compreender o narcisismo primário como

uma fase precoce ou momentos básicos, que se caracterizam pelo aparecimento simultâneo de um primeiro esboço do ego e pelo seu investimento pela libido, o que não implica que este primeiro narcisismo seja o primeiro estado do ser humano, nem que, do ponto de vista econômico, esta predominância do amor de si mesmo exclua qualquer investimento objetal (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 291).

Fica clara então a função estruturante do narcisismo, enquanto ação psíquica que irá integrar o ego, bem como possibilitar um primeiro esboço de alteridade no psiquismo da criança. Adotamos neste trabalho a concepção de Juignet (2001), que considera como narcisismo primário o período de constituição das bases, funções e fronteiras do eu, prolongando-se até a fase fálica e abrangendo todas as posições libidinais auto-eróticas e pré-edípicas. Entendemos que uma perturbação neste narcisismo primário irá mobilizar angústias e defesas típicas das subjetividades narcísicas – incluindo a melancolia, as drogadições, os comportamentos compulsivos e os casos limites, como vimos no capítulo anterior.

O narcisismo secundário, por sua vez, refere-se a um momento de consolidação do narcisismo, a partir das identificações edipianas e pós-edipianas – com as figuras parentais, com a identidade sexual e com as identificações próprias de cada cultura, identificações que se atualizam ao

longo da vida do sujeito, sobretudo por meio das relações intersubjetivas. Nas neuroses observamos prevalência de problemáticas no eixo objetal, decorrentes das vicissitudes da constituição do objeto do desejo e dos limites impostos nestas relações, principalmente na área do princípio do prazer (MINERBO, 2009).

Um estudo mais detalhado da psicogênese do aparelho psíquico, ainda que contribuísse consideravelmente para nossa compreensão das possibilidades de subjetivação e constituição psíquica, foge das nossas possibilidades por limitações de tempo e espaço. Limitaremos-nos a apresentar uma síntese proposta por Juignet (2001) e analisada por Minerbo (2009), buscando levantar os pontos principais para a compreensão de nosso objeto de estudo – a obesidade que se manifesta diante de um sofrimento narcísico, limite.¹³

Ao buscarmos compreender o processo de constituição do Ego e da relação objetal em dois eixos concomitantes - o eixo narcísico (libidinal) e o eixo objetal –, entendemos que as fases de desenvolvimento libidinal são, portanto, marcadas por modalidades de relação, na qual sujeito e objeto se constituem mutuamente e estabelecem relações particulares. Com base na proposição de Juignet (2001), podemos dividir quatro fases de estruturação do psiquismo: o arcaico (até seis meses); a primeira triangulação (dos seis meses aos dois anos); a segunda triangulação (entre o segundo e o quarto ano de vida); e a triangulação edípica (dos quatro aos sete anos de idade).

O período arcaico de Juignet (2001) é o que Roussillon e Freud consideram como narcisismo primário, um momento de total indiferenciação

¹³ Para uma análise bastante completa da estrutura psíquica e da psicogênese do aparelho psíquico, remetemos aos capítulos 3 e 4 de Minerbo (2009).

entre eu-objeto, sem qualquer inscrição de alteridade. A primeira triangulação é marcada pela ruptura da mônada narcísica, um esboço de compreensão da existência de um outro, mas ainda mínimo. Neste momento o bebê começa a criar sua imagem corporal, mas o ego é muito frágil, havendo a necessidade de o objeto realizar funções psíquicas de que ele ainda não é capaz, ficando o sujeito em uma posição de desamparo e dependência absoluta de um objeto externo. De acordo com Minerbo (2009, p. 167), “se houver falhas importantes na primeira triangulação, a personalidade vai se estruturar segundo o modo psicótico”, marcado por angústias de aniquilamento, defesas esquizoparanóides e uma fusão com o objeto primário.

A segunda triangulação é a mais relevante para nossos propósitos, por ser fundamental para a compreensão das subjetividades narcísicas. Neste momento, já deve estar efetuada a separação entre dois psiquismos (ego e objeto primário) e a tarefa principal desta fase é a conquista da autonomia com relação ao objeto primário, já que, apesar da separação, o ego se apóia totalmente no objeto, “o que significa que parte de suas fronteiras são dadas pelo objeto de apoio” (MINERBO, 2009, p. 168). É uma fase intermediária entre autonomia e dependência – o objeto primário não pode se afastar muito, pois ainda não foi efetivamente internalizado como objeto bom e a sua ausência é vivenciada como um ataque. Emerge então a angústia de separação, já que a própria existência do ego está intrinsecamente atrelada ao objeto primário. Além disso, a experiência subjetiva de estar só pode trazer prejuízo à sustentação do narcisismo primário do bebê. O objeto primário – em primeira instância, a mãe - deve sustentar o narcisismo do bebê e se ajustar ao que ele pode suportar, já que, pela precariedade de sua noção de alteridade, o bebê

atribuirá a si mesmo a causa de seu desprazer e de sua dor; atentamos que, no plano libidinal, ainda estamos em campo auto-erótico e pré-genital.

Neste contexto, a própria alteridade assume um potencial traumático inevitável e constituinte, e por isso a presença do objeto é importante para exercer funções de continência pulsional e de paraexcitação, possibilitando ao bebê que ele adquira a capacidade de estar só, ou seja, que ele crie um símbolo para representar psiquicamente a ausência, a compreensão de que *ausência não é perda* – como vimos anteriormente, o objeto negativado forma um vazio estruturante, espaço para a fantasia e para a representação. Uma falha nesta triangulação organizará uma personalidade ao modo não-neurótico ou narcísico. Minerbo (2009, p. 172) destaca as principais características desta subjetividade: distúrbio na constituição do narcisismo – falha das funções egóicas e identificações cindidas, defesas arcaicas, falhas de simbolização, angústias de intrusão e separação por sua fragilidade egóica, predomínio da pulsionalidade agressiva sobre a libidinal, causada pela ameaça constante ao narcisismo, características marcantes da clínica dos estados-limite abordada no capítulo anterior. Por fim, a terceira triangulação é a edipiana, processando a travessia pelo Complexo de Édipo, conquistando sua identidade sexual, culminando com a renúncia ao objeto edipiano. Há uma alteridade bem estabelecida, e o objeto do desejo é o outro (objetos genitais). Há a consolidação do narcisismo, desenvolvimento das funções egóicas e certa evolução do superego, herdeiro do complexo de Édipo:

O superego deixa de ser mortífero, integra os interditos e a lei, porém referidos à cultura e não a *imagos* arcaicas. Ele pode ser muito rígido e severo, ameaçando excessivamente o sujeito com angústias de castração, de modo a produzir uma inibição neurótica da vida pulsional. Há um ideal de ego, e este é possível; se/quando atingido, buscam-se novos ideais (MINERBO, 2009, p. 175-6)

Nas afecções narcísicas, o ideal de ego é totalmente idealizado, inatingível, o que coloca o sujeito em situações de fracasso narcísico, com prejuízo ao seu amor próprio, como observamos no auto-envilecimento melancólico. Minerbo (2009) destaca que para que o sujeito saia de uma posição subjetiva marcada pelo narcisismo primário rumo ao narcisismo secundário, “a subjetividade terá de abandonar, e fazer o luto, das ilusões *[onipotentes]* que caracterizam o narcisismo primário” (MINERBO, 2009, p. 185). Como veremos, nem sempre este luto narcísico pode ser efetuado.

Já o narcisismo secundário representa uma estrutura permanente no sujeito, uma vez que os investimentos objetais e os investimentos do ego mantêm-se em verdadeiro equilíbrio energético e, na perspectiva tópica, mantemos ao longo de nossa vida uma formação narcísica que nunca é abandonada – o ideal de eu -, cuja psicogênese será detalhada posteriormente.

Para concluir nossa breve análise do conceito de narcisismo, retomemos o célebre artigo *Totem e Tabu*, no qual Freud (1914b/1996) propõe, em quatro ensaios, uma comparação entre a psicologia dos povos primitivos e a psicologia dos neuróticos e das crianças. No terceiro ensaio que compõe esta obra, intitulado “Animismo, magia e a onipotência de pensamentos”, Freud (1914b/1996) explora o animismo (doutrina de almas), a magia e a feitiçaria sob a ótica da psicanálise. As crenças mágicas, para o autor, surgem por meio da associação de ideias, na qual se toma equivocadamente uma conexão ideal por uma real, enquanto na base da magia estaria a ideia de que apenas o desejo é capaz de alterar a realidade. A relevância destas considerações reside na percepção freudiana de que as crianças vivenciariam um estágio similar durante seu desenvolvimento, no qual se realizam de maneira

alucinatória. Esta ênfase deixa claro que para as tribos (e para os neuróticos, como sabiamente pontua o autor), a realidade psíquica é suprema e mais importante que a própria realidade experienciada pelo sujeito. Este superinvestimento da realidade psíquica relaciona-se também com o conceito de narcisismo.

Freud já havia se debruçado sobre a sexualidade infantil anteriormente (FREUD, 1905a/1996), localizando uma fase autoerótica já no começo da vida do bebê. Freud insere uma fase intermediária na qual

os instintos sexuais até então isolados já se reuniram num todo único e encontraram também um objeto. Este objeto, porém, não é um objeto externo, estranho ao sujeito, mas se trata de seu próprio ego que se constituiu aproximadamente nessa mesma época. Tendo em mente as fixações patológicas dessa nova fase, que se tornam observáveis mais tarde, demos-lhe o nome de 'narcisismo' (FREUD, 1914, p. 99).

Desta forma o narcisismo atua como integrador e, como destaca Freud (1914b/1996), essa organização narcísica nunca é totalmente abandonada, constituindo o narcisismo não apenas uma ação psíquica inaugural do ego, como também assume características de defesa ao associar-se ao instinto de auto-preservação.

O quarto e último ensaio que compõe *Totem e tabu* (FREUD, 1914b/1996), intitulado “O retorno do totemismo na infância” amplia nossa compreensão acerca do papel do narcisismo e da identificação como fundadores do psiquismo, relacionando as fantasias de incorporação do outro à constituição identitária. Neste texto, o autor revisita o conceito e as leis totêmicas abordadas no primeiro ensaio da obra, ressaltando que tal estrutura é a base da organização social destes clãs e buscando compreender as origens desta estruturação. Ao recuperar a importância do tabu do incesto

nestes clãs, Freud formula a hipótese de que o sistema totêmico é um produto das condições em jogo no complexo de Édipo. Ao longo desta obra, muitas vezes comparou-se a vida psíquica dos povos primitivos à vida psíquica das crianças, e aqui não seria diferente. Diversas vezes¹⁴ as crianças deslocam alguns de seus sentimentos do pai para um animal, mecanismo este que se encontra na base das fobias. Por seu caráter ambivalente, nestes casos ocorreria uma identificação da criança com o animal temido, e podemos observar a presença do temor da castração, o que se relaciona diretamente ao complexo de Édipo. Destacamos a importância da ambivalência para nossos estudos, já que ela é base para a alteridade, na medida em que o que nos satisfaz totalmente é incorporado no ego sem que o percebamos, e o que nos faz mal sempre é recalcado – a ambivalência, portanto, é o que possibilita o reconhecimento do objeto e é, também, quando mantém o desintricamento pulsional e não unifica o objeto, pré-condição para a melancolia, pois é preciso amar o objeto perdido para identificar-se com ele numa fusionalidade; mas odiá-lo, como a si mesmo, para atacá-lo e atarcar-se, como ocorre nos estados melancólicos.

Buscando maior compreensão dos mecanismos de identificação, Freud (1914b/1996) lança a hipótese de que no caso dos povos primitivos, o animal totêmico¹⁵ seria o pai, e as duas regras centrais que norteiam a relação entre o clã e seu totem – não matar o totem e não ter relações sexuais com os membros do totem – são de fato os dois crimes de Édipo, bem como os dois desejos primevos das crianças, cuja repressão insuficiente constituiria ponto

¹⁴ Cf., p. ex, Freud, S. (1909). **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos**. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira, V. X Rio de Janeiro: Imago, 1996.

¹⁵ Um totem seria um animal, um vegetal ou um fenômeno da natureza que mantém uma relação peculiar e regrada com todo o clã, sendo um antepassado comum a seus membros (FREUD, 1914b/1996)

central de todas as neuroses. Para verificar esta hipótese, Freud observa o ritual de sacrifício e ingestão comunal do animal totêmico presente nestas sociedades (refeição totêmica). Segundo ele, através do consumo do totem, os membros do clã adquirem santidade, reforçam sua identificação com ele e uns com os outros. Tendo em mente a ideia de que o totem é um substituto do pai e a atitude emocional ambivalente subjacente a esta relação, Freud formula uma hipótese onde os filhos expulsos do clã pelo pai primitivo retornam juntos, matam e devoram o pai, reafirmando sua identificação com ele. A refeição totêmica seria então uma repetição deste ato.

A ambivalência faz surgir um sentimento de remorso nos filhos, o que torna o pai primitivo morto ainda mais forte do que o era vivo; através do deslocamento da figura paterna para o totem, cria-se a proibição de sua morte e renuncia-se às mulheres que ficaram livres após a morte deste pai. Essa é a base da organização social, das restrições morais e da religião. Importante destacar também que, devido à supervalorização da realidade psíquica já citada anteriormente, o simples *impulso* hostil contra o pai, a mera existência de uma *fantasia* – plena de desejo de matá-lo e devorá-lo – teriam sido suficientes para produzir a reação moral que criou o totemismo e o tabu. Freud (1914b/1996) irá realizar uma importante diferenciação entre neuróticos e homens primitivos: enquanto os primeiros são inibidos em suas ações, ou seja, os pensamentos substituem totalmente o ato, os homens primitivos são desinibidos, o pensamento se transforma diretamente em ação. No entanto, o que observamos em algumas subjetividades que apresentam falhas importantes em momentos muito precoces em seu desenvolvimento, é

justamente um prejuízo ao pensamento, com dificuldades de simbolização e prevalência da ação.

Nesta perspectiva, podemos pensar que o obeso utiliza o ato de se alimentar, sobretudo o excesso de sua alimentação, como uma defesa possível diante da angústia, engolindo frustrações, relações e objetos. Fédida (1978) evoca a figura do canibal para nos colocar em contato com esta pulsionalidade devastadora primitiva que, ao mesmo tempo devora o objeto, destruindo-o, realiza sua incorporação ao torná-lo parte de si. O autor esclarece que esse ato busca superar a perda do objeto, expressa pelo desejo de incorporá-lo, destruindo-o. Simultaneamente afirma e nega a separação entre o eu e o objeto. O autor destaca a relação entre este mecanismo de identificação primitiva e a melancolia:

L'identification narcissique primitive et telle que l'angoisse de la perte de l'objet d'amour se laisse interpréter comme l'angoisse du moi de ne pouvoir se survivre au-delà de la disparition de l'objet: la mélancolie est moins la réaction régressive à la perte de l'objet que la capacité fantasmatique (ou hallucinatoire) de le maintenir vivant comme objet perdu (FÉDIDA, 1978, p. 65-66)¹⁶

A ideia do canibalismo evoca, então, uma unidade violenta, de todo limite perdido, de um desejo de se apropriar do objeto destruindo-o, devorando-o. Comer demais como forma incorporadora do objeto para tamponar, ou mesmo negar, o medo de perdê-lo: delineamos assim nossa compreensão sobre algumas obesidades se associarem a um sofrimento melancólico, no qual as defesas narcísicas atingem patamares tão excessivos que se tornam, elas próprias, fonte de sofrimento. Veremos a seguir como a melancolia – uma

¹⁶ “A identificação narcisista primitiva é aquela na qual a angústia da perda do objeto de amor é vivida como uma angústia do eu de não ser capaz de sobreviver para além do desaparecimento do objeto; a melancolia é menos a reação à perda do objeto que a capacidade fantasística (ou alucinatória) de mantê-lo vivo como objeto perdido.” Tradução nossa.

neurose narcisista – se diferencia da neurose em si e da psicose, tomando destinos pulsionais específicos.

As neuroses narcisistas se relacionam diretamente com a constituição da instância denominada “ideal do eu”. Segundo Freud (1914a/1996), o ego infantil se veria, durante a primeira infância, como sendo possuído de toda perfeição de valor; assim, o ego real e ego ideal seriam, neste caso, a mesma coisa. Quando adulto, o homem se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e por seu próprio julgamento crítico e perde a sua “perfeição”, sua onipotência narcísica, buscando recuperá-la sob a nova forma de um ideal de ego. O que ele então projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância (ego ideal). Este ideal do ego irá servir como matriz para os processos de repressão do sujeito – formando o que Freud posteriormente irá chamar de superego – e atuará como um agente de censura. Na melancolia, há uma hiperatividade patológica deste agente, evidenciada nas constantes críticas e admoestações que o melancólico impõe a si mesmo, marcando o caráter narcísico desta afecção.

Destacamos que este retorno libidinal narcísico não deve ser confundido com a etiologia das psicoses. Uma das diferenças principais é apontada por Lambotte (2001, p. 86), que ressalta que o melancólico traz consigo a marca do outro, ainda que por meio da identificação com o nada, com a *ausência* deste outro – demarcando uma separação entre sujeito e objeto, ainda que falha, o que diferiria da metapsicologia das psicoses. A autora também diferencia a melancolia da neurose, pela perda da relação com o objeto e pela ausência de representação (LAMBOTTE, 2001, p. 85), concordando com a nosografia freudiana apresentada anteriormente. Cabe destacarmos, no entanto, que para

Lambotte (1997), a melancolia possui uma característica estrutural, relacionada com um trauma primário na constituição do sujeito. Green (2002) também não abandona esta posição estrutural diante dos padecimentos psíquicos, sejam eles neuróticos ou não.

Faz-se necessário que nos detenhamos um momento em nossa análise metapsicológica da melancolia para nos posicionarmos diante da noção de estrutura psíquica. Em nossa compreensão, o termo “subjetividade” nos possibilita uma aproximação menos limitadora do que a noção de estrutura psíquica, que parece colocar uma barragem à singularidade. O que está em destaque é, portanto, a dinâmica pulsional e a constituição do ego e das relações objetais, que irá culminar em maneiras singulares pelas quais cada indivíduo irá perceber o mundo, se organizando e lançando mão de mecanismos de defesa diversos diante dos acontecimentos de sua história de vida. Referimo-nos, portanto, a formas particulares de ser e de sofrer, compreendendo o sofrimento, portanto, como uma resposta diante da leitura que cada indivíduo faz de si mesmo e do mundo, de acordo com uma matriz simbólica constituída durante seu processo de subjetivação, sua constituição psíquica e sua relação com os outros. Ainda que haja tal diferença epistemológica entre os autores utilizados, os conceitos postulados por eles contribuem muito para a compreensão da melancolia e, posteriormente, do caso clínico que iremos apresentar.

Cabe ainda retomamos que não é nosso objetivo utilizar a classificação diagnóstica como limitadora de nossa escuta diante dos casos que se colocam diante de nós, muito menos é nossa intenção definir uma subjetividade como mais ou menos normal que outra. Mantemo-nos de acordo com a proposta da

Psicopatologia Fundamental, buscando reconhecer em nossa escuta o *pathos* do indivíduo, suas particularidades e angústias. A definição das diferentes formas de constituição psíquica apenas servem como elementos balizadores que nos permitem uma aproximação com a posição libidinal e as especificidades da angústia de cada sujeito, nos aproximando da ideia de Aulagnier (1989) de “teorização flutuante”.¹⁷ Para realizar uma atividade de “teorização flutuante”, o analista deve operar uma correlação subterrânea “entre o já-conhecido de uma teoria e o ainda-não conhecido ao qual nos confronta o discurso que escutamos” (AULAGNIER, 1989, p.17). Entendemos esta postura como uma escuta sem predisposição de “encaixar” o paciente em uma determinada estrutura, retomando a ideia de colocar em foco o *pathos* do indivíduo que sofre e as vicissitudes de sua dinâmica pulsional.

Para nossos propósitos, acreditamos que as contribuições de Green (2002) podem possibilitar uma compreensão mais ampla da localização nosográfica da melancolia que adotamos neste trabalho. Como vimos anteriormente, o autor propõe uma organização do campo da psicopatologia que mantém em perspectiva a ideia de estruturas metapsicológicas (neuróticas e psicóticas) e soma a ela as contribuições de Melaine Klein a respeito das relações objetais e do funcionamento psicótico, realizando uma divisão bastante ampla entre neuroses e não-neuroses¹⁸. O que aqui estamos chamando de não-neurose, como já dito, inclui todas as configurações psíquicas nas quais predominam distúrbios na constituição do narcisismo, sejam perturbações relativas ao investimento narcísico ou relativas às

¹⁷ Cf AULAGNIER, P. O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificador ao discurso delirante, São Paulo: Editora Escuta, 1989.

fronteiras e funções egóicas (MINERBO, 2009, p. 27). Vimos como os estados melancólicos se inserem nesta categoria, bem como outras patologias que emergem diante de uma angústia narcísica: compulsões, transtornos alimentares, patologias do vazio, patologias do ato, somatizações, perversões e psicoses.

Como já exposto, adotamos esta perspectiva em nosso trabalho, pois ela coloca em destaque as perturbações narcísicas, frequentemente observadas na clínica de pacientes obesos e foco deste trabalho, mas que fenomenologicamente se apresentam de maneiras variadas – desde a autodepreciação e a falta de autoestima melancólicas até a violência da compulsão alimentar vorazmente incontrolável, a marca do *excessivo*. Nestes dois exemplos, percebemos a prevalência da destrutividade e, para compreender estes casos que convocam o que denominamos como uma dimensão mortífera, apoiamo-nos na segunda teoria das pulsões postulada por Freud a partir de 1920.

4.2. A pulsionalidade mortífera – considerações sobre a pulsão de morte

Em “Além do Princípio do Prazer”, Freud (1920/1996) atualiza sua teoria das pulsões. Até este momento de sua obra¹⁹, Freud dividia as pulsões em dois grupos: as pulsões sexuais e as pulsões de autopreservação ou do ego; o sadismo e o ódio estariam relacionados com as pulsões do ego. Com a introdução do conceito de narcisismo no qual o eu se toma como objeto sexual, a distinção entre as pulsões sexuais e de autopreservação é apagada, pois

¹⁹ Cf. FREUD, S. (1915). Os Instintos e Suas Vicissitudes. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 117-146.

ambas são colocadas como modalidades e destinos possíveis da libido. Neste contexto, Freud parece encontrar dificuldades para localizar o ódio sem deduzir um monismo pulsional (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). O conceito de ambivalência e a crescente importância do ódio e da agressividade para a clínica psicanalítica, manifestando-se, por exemplo, no fenômeno da reação terapêutica negativa – uma forte resistência à cura, relacionada com sentimento de culpa inconsciente – mobilizam Freud à elaboração de uma nova teoria pulsional. Além disso, a observação de certos fenômenos de repetição – processos inconscientes nos quais o indivíduo se coloca ativamente em situações penosas –, apontaram para a existência de forças independentes e até mesmo capazes de se oporem ao princípio do prazer, marcando o caráter regressivo das pulsões.

Freud passa a englobar as pulsões sexuais e de autopreservação no que será chamado então de pulsões de vida – que tendem a constituir e manter ligações, preservando a existência do sujeito (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001) – e insere o conceito de pulsões de morte, pulsões estas que não seriam representáveis, uma tendência presente em todos os seres vivos em direção à destrutividade, à descarga total e imediata das excitações e, conseqüentemente, associada a vivências de total plenitude e satisfação, vivências associadas a “um estado para sempre perdido – o estado nirvânico –, em que não haveria dor nem representação” (BERLINCK, 2000, p. 28). A pulsão de morte é, então, uma pulsão por excelência, uma pulsionalidade pura que realiza de forma eminente o caráter regressivo das pulsões; em síntese, enquanto as pulsões de vida – sexuais e de autoconservação – buscam instituir

ligações cada vez maiores, ligando a energia livre do aparelho psíquico, a meta da pulsão de morte é a destruição destas ligações. (FREUD, 1938/1996).

Minerbo (2009, p. 129) destaca o caráter imediatista da pulsão de morte ao afirmar que seu objetivo é “a descarga da excitação para fora do aparelho psíquico pelo caminho mais rápido. Se isso não ocorre, é porque o ego se encarrega de modular a violência do ataque pulsional e de fazer as necessárias ligações”. Porém, se não há uma rede de representações suficientemente capaz de conter a pulsão dentro do aparelho psíquico ou se a pulsão é irrepresentável, esta pulsionalidade não ligada, mortífera, pode ser descarregada para fora do aparelho psíquico sob a forma de um ato no corpo, uma ação impulsiva que rompe com o comportamento habitual do sujeito (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Dentro desta perspectiva entendemos, então, que algumas manifestações da obesidade podem ser consequências de uma tentativa de expressar por meio de um ato (o comer excessivo) uma pulsão irrepresentável. De acordo com Loli (2000), haveria nestes pacientes uma incapacidade de lidar com seus conflitos psíquicos internamente, sendo a obesidade, nestes casos, uma descarga direta por meio do corpo de algo que não pode ser expresso pela via da fantasia, do pensamento ou mesmo da linguagem.

McDougall (1997) destaca que as construções neuróticas, perversas ou psicóticas são todas tentativas de dar significado à vida, invenções criativas diante da angústia como tentativa de sobrevivência psíquica, barreiras contra a destruição do afeto, ou “desafetação”. De acordo com a autora, esta desafetação torna o mundo sem sentido, podendo os indivíduos desafetados caírem vítimas do Princípio de Nirvana – esquivando-se de seus conflitos

intrapsíquicos por meio do corte das ligações psíquicas, ejetando para fora do psiquismo qualquer representação mental capaz de mobilizar afeto. O resultado da destruição de muitas representações psíquicas é uma regressão psíquica a um nível pré-verbal, uma cisão entre o psiquismo e o soma, deixando o indivíduo à mercê dos efeitos violentos da pulsionalidade pura, não-ligada. De acordo com a autora, isso torna o indivíduo mais vulnerável às soluções adictivas, aos acidentes fatais e às mortes psicossomáticas, além de aumentar a probabilidade de adoção de um falso *self*:

Os indivíduos atingidos dessa maneira só podem prosseguir com suas vidas com ajustamentos de falso *self*, por meio dos quais, observando os outros, procuram descobrir as saídas para o viver, e, daí, reagem do modo que acham que o mundo externo solicita (MCDOUGALL, 1997, p. 262).

A análise do caso de Jaqueline, que apresentaremos no capítulo final deste trabalho, aponta para esta dificuldade de representação: Jaqueline não traz sonhos, raramente fantasia, e suas palavras, ricas em metáforas, são cuidadosamente escolhidas ao contar uma história mas lhe fogem totalmente ao se aproximar de algum afeto doloroso. Suas reações diante de situações de conflito por vezes nos colocaram a questão de um falso *self*, já que Jaqueline frequentemente parecia “imitar” pessoas que tinha como referência, sem que tais características fossem introjetadas e fizessem parte de sua identidade. Suas metáforas frequentemente estão associadas ao ato de alimentar-se: “engolir” quando algo não sai do jeito que espera, “ter um estômago gigante” para dar conta de algo que lhe causa frustração, “vomitar” no outro o que a deixa com ódio.

Este ódio e agressividade “vomitados” no outro são frequentemente dirigidos a um objeto de amor, marcando a ambivalência característica destas

relações. Podemos observar na dinâmica da melancolia que, após a perda do objeto e a impossibilidade de elaborar esta perda, o melancólico é tomado por sentimentos ambivalentes primitivos; daí a necessidade de destruição/devoração do objeto quando este não é capaz de responder às exigências insaciáveis de gratificação oral, relacionadas ao estado de plenitude (nirvânico) que vimos anteriormente. Abraham (1924/1970) observa que a ambivalência existente na relação com o objeto perdido também se manifesta na relação do sujeito melancólico consigo mesmo:

Dessa maneira, a melancolia apresenta um quadro no qual se encontram em justaposição imediata, embora absolutamente opostos um ao outro, o auto-amor e o auto-ódio, uma superestimação e uma subestimação do ego, ou seja, as manifestações de um *narcisismo positivo* e um *narcisismo negativo* (ABRAHAM, 1924/1970, p. 116).

Como vimos anteriormente, o narcisismo primário positivo está vinculado às pulsões de vida e consiste em uma forma de investimento do ego que visa sua integridade, o que posteriormente possibilitará que a libido sexual objetal esteja em condições de se desenvolver segundo as fases da sua evolução: oral, anal, fálica e genital (FREUD, 1905a; 1914a). Já o narcisismo primário negativo, por sua vez, é vinculável às pulsões de morte, relativo a um desinvestimento massivo e temporário do objeto primário, afetando a estrutura do narcisismo primário positivo e deixando marcas no inconsciente sob a forma de buracos psíquicos (GREEN, 1983). Este narcisismo negativo manifesta-se na clínica justamente na presença de um sentimento de vazio, resultado de uma ferida narcisista com desperdício libidinal, e da destrutividade voltada contra si mesmo, o que o Abraham define como auto-ódio ou subestimação do ego – é um narcisismo que não protege o sujeito, mas o ataca.

Abraham (1924/1970) relaciona a psicogênese da melancolia aos desapontamentos amorosos ocorridos em momentos iniciais da vida do indivíduo, apontando para a freqüente hostilidade do melancólico para com a mãe, hostilidade vinculada às fantasias ambivalentes de incorporação da mãe (entendidas pelo autor como um ato de desejo positivo) e simultaneamente às fantasias de castração ou morte (ou seja, um desejo negativo tendente à destruição dela). Diante do conflito de sentimentos ambivalentes, a saída é o retorno contra si próprio da hostilidade originalmente sentida com relação ao objeto.

Esta proposição concorda com a marca da oralidade que apontamos anteriormente na figura do canibal melancólico, já que a oralidade remonta aos primeiros investimentos objetais realizados na relação entre mãe e bebê. Este desapontamento primário pode ser vivenciado como uma perda da ilusão da onipotência narcísica (ego ideal) e está relacionado com a constituição do ideal do ego, herdeiro do narcisismo primário.

É importante sintetizarmos uma breve distinção entre os conceitos de eu ideal e ideal de eu: o eu ideal é fonte de projeção imaginária, um momento de onipotência narcísica que se refere ao narcisismo primário; o ideal de eu, por sua vez, relaciona-se ao narcisismo secundário, já que para sua constituição faz-se necessária uma distância, uma mediação, a inscrição da alteridade e da frustração que permitirá que o indivíduo veja algo que ele ainda não é, daí o porquê de o ideal de eu colocar-se para o sujeito como um projeto identificatório, algo que ele deve atingir para constituir seu amor próprio. Portanto, o eu ideal é geneticamente anterior, relativo ao narcisismo primário, estado precoce no qual a criança investe toda a sua libido em si mesma;

enquanto o ideal de eu é relativo ao narcisismo secundário, e representa uma formação narcísica que nunca é abandonada (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Minerbo (2009) destaca que o ideal de eu neurótico foi capaz de elaborar o luto pela sua onipotência narcísica perdida, ou seja, o sujeito foi capaz de deixar para traz seu ideal narcísico (seu ego ideal). No entanto, diante de uma falha na inscrição primária do narcisismo, este luto não pode ser elaborado, como veremos na citação a seguir:

Uma mãe que não 'narcisou' suficientemente seu bebê (por exemplo, fazendo-o crer que havia algo de errado com ele) não sustentou o ego ideal pelo tempo necessário. Assim, a busca de ser o próprio ideal – a busca pela perfeição narcísica, condição para ser amado pelas figuras parentais – continua pela vida afora. (MINERBO, 2009, p. 146).

A autora destaca neste trecho a importância da relação entre mãe-bebê para a inscrição deste narcisismo primário e, conseqüentemente, do ego ideal, já que é neste momento que se inscreve no bebê uma imagem jubilosa de si. Ao abordarem a questão do olhar materno na subjetivação do bebê, Pinheiro, Quintella e Verztman (2010) ressaltam que quando o olhar materno não circunscreve este indivíduo, não o insere na dinâmica da pluralidade identificatória, resta ao bebê apenas uma profunda identificação com o nada, que o lança em um vazio sem precedentes. Tal vazio é queixa constante na clínica de pacientes obesos que tentam, por intermédio da comida, não somente tamponar o vazio corporal, mas afastar-se da angústia do vazio, normalmente expressa em sensações corporais não descritíveis ou representáveis, que os levam compulsivamente a comer, subjugados a um excesso que não se satisfaz, a uma falta que não é preenchida e que nos remete à falência deste eu ideal, uma ferida narcísica decorrente da

impossibilidade de luto diante da perda ou da não-inscrição de sua onipotência infantil, uma defesa excessiva diante da angústia de separação do objeto.

Ramalho (2001) também destaca o papel do olhar materno, portador do desejo do outro materno, como constitutivo do sujeito. Segundo a autora, nas neuroses narcísicas o ideal permanece sempre inacessível ao sujeito, que fica confinado à sensação de insuficiência, fazendo-o vacilar em sua identidade. Esta fragilidade narcísica surge por sentirem não haver encontrado um lugar para si no desejo materno, um reconhecimento enquanto sujeito, persistindo em seu sofrimento um apelo identitário para aceder a uma condição subjetiva (RAMALHO, 2001, p. 51).

Podemos relacionar este apelo identitário com o que McDougall (1997) irá chamar de “sobrevivência psíquica”, ou seja, a capacidade do indivíduo em sustentar um sentimento de identidade, tanto subjetiva quanto sexualmente. Além disso, a sobrevivência psíquica depende de um sentimento de estabilidade narcísica que não seja afetado pelas constantes flutuações da auto-estima. Desta forma, qualquer produção sintomática é resultado de uma tentativa de sobreviver psiquicamente, tentativas de cura diante dos conflitos e dos traumas universais vivenciados por todos os seres humanos: a noção de alteridade, a percepção da diferença sexual e geracional e a inevitabilidade da morte. Neste contexto, a partir de uma falha fundamental, as angústias narcísico-identitárias irão mobilizar no sujeito diversas tentativas de defesa na busca por sua sobrevivência psíquica, seu direito de existir como indivíduo.

4.3. O Complexo da Mãe Morta, o narcisismo de morte e suas relações com a melancolia

Vimos a importância da segunda teoria das pulsões de Freud, desenvolvida a partir de 1920 e que insere na dinâmica pulsional a pulsão de morte. Acreditamos ser de suma importância considerarmos a teoria freudiana e partirmos dela, mas também é preciso ir além para ampliar nossa compreensão a respeito da melancolia e, sobretudo, da clínica dos estados-limites e da dimensão mortífera de nossa pulsionalidade.

Para melhor compreensão das angústias narcísico-identitárias, pensamos ser pertinente resgatar as contribuições de Green (1980) acerca do narcisismo, que lança bases para a compreensão das marcas psíquicas deixadas na criança pela sua relação primeira com a mãe, momento determinante para o destino de seus investimentos libidinais, objetais e narcisistas. O autor associa as perturbações na relação mãe-criança e as consequências psíquicas da perda do seio, por exemplo, ao que ele denomina “clínica do vazio” ou clínica do negativo – a negatividade enquanto aquilo que não pode ser representado, nomeável. Para ele, a angústia da perda do seio traduz uma perda sofrida ao nível do narcisismo, e é resultado de um desinvestimento massivo, radical e temporário de um objeto primário, que imprime marcas no inconsciente sob a forma de buracos psíquicos. As contribuições trazidas a partir da análise do chamado ‘complexo da mãe morta’, que veremos a seguir, ampliam nossa compreensão sobre uma perda que não pode ser elaborada, um dos traumas que se podem localizar no cerne de um posicionamento melancólico.

Há uma importante mudança de ênfase entre as abordagens de Freud e Green. Enquanto Freud enfatiza a dinâmica pulsional intrasubjetiva, Green irá colocar em destaque a trama das relações objetais. Defendemos que tais

posições são complementares e não excludentes – as relações de objeto irão afetar as moções pulsionais subjetivas, e a dinâmica pulsional irá impactar as relações objetais estabelecidas pelo sujeito, constituindo uma matriz identitária por meio da qual ele é capaz de se relacionar com o mundo.

Postas as diferenças epistemológicas entre os autores, lembramos que, para Freud, na melancolia tratamos de uma perda ideal de caráter pulsional (FREUD, 1917b/1996). No complexo da mãe morta (GREEN, 1980), tampouco estamos tratando da morte real desta mãe (embora isto possa acontecer), mas também de um ideal: em consequência de uma depressão materna, ela passa de um objeto vivo, fonte de vitalidade, para uma figura distante; a mãe morta, então, “permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida” (GREEN, 1980, p. 239). O autor postula uma depressão infantil que se dá na presença de um objeto – a mãe – ele mesmo absorto em um luto, seja ele reação à perda de um ente querido ou uma depressão decorrente de uma ferida narcisista, que acarreta em uma diminuição do interesse e um grande desinvestimento materno pela criança.

Este desinvestimento é vivenciado pela criança como uma catástrofe e como um trauma narcísico, e irá demarcar para ela não apenas a perda do amor, como também a de sentido, visto que lhe faltam recursos psíquicos para elaborar o que lhe ocorreu. O complexo da mãe morta irá engendrar no psiquismo da criança um grande esforço no sentido de evitar o desaparecimento deste objeto primário, constituindo um luto inelaborável ou luto branco (GREEN, 1980) – branco este que remete aos buracos deixados pelas perdas narcísicas, em oposição ao vermelho sangrento a que remetem

as angústias relativas à castração que são angústias identificáveis: medo da perda do pênis, perda de poder, perda corporal, etc.

O luto inelaborável, isto é, que não aceita a perda e se fixa no objeto, suscita uma série de defesas diante desta angústia, sendo a primeira e mais importante delas um desinvestimento do objeto materno e uma identificação inconsciente com a mãe morta, com a ausência do objeto materno. Green (1980, p. 249) destaca que este desinvestimento resulta na “constituição de um buraco na trama das relações objetais com a mãe”. Juntamente com este desinvestimento, ocorre uma identificação segundo um modelo bastante primitivo, incorporador, cuja finalidade é não apenas manter o objeto, mas possuí-lo de forma a tornar-se o objeto, conservando-o de modo canibalístico. O autor enfatiza que ocorre uma transformação da identificação positiva em identificação negativa diante da mãe morta, ou seja, a identificação do sujeito não com o objeto materno, mas com o buraco deixado em decorrência de seu desinvestimento – fica assim o sujeito diante de um seio ausente e não um seio que fora perdido; que não pode ser preenchido e nem é preenchedor.

Green (1980) destaca que o complexo da mãe morta pode estar presente em qualquer posição libidinal, seja ela uma neurose ou não; no entanto, podemos perceber semelhanças com o padecimento melancólico. Se a melancolia consiste em uma reação diante da perda de um objeto e utiliza como mecanismo uma identificação com este objeto, somos levados a questionar as implicações de uma identificação negativa com o objeto primário ausente, que acarretam uma identificação com o nada e uma decorrente sensação de vazio.

Como vimos, a melancolia absorve o ego em um processo semelhante ao do luto, exigindo a retirada das ligações libidinais com o objeto perdido, processo este que absorve o eu e é responsável pela inibição melancólica e pelo desinteresse no mundo externo observados nesta afecção; no entanto, a melancolia emerge justamente da impossibilidade de elaborar este luto, uma vez que se trata de uma perda narcísica. Na obesidade, podemos pensar esta tentativa de isolamento do mundo externo inclusive na gordura corporal do indivíduo obeso, que o protege e o isola do contato com os outros. Haveria, então, nestes indivíduos, um tipo de fechamento contra do mundo, ou seja, uma existência melancólica que volta sua atenção para o próprio ego em uma tentativa de defesa diante da angústia da perda do objeto.

No caso de Jaqueline, como veremos, a obesidade tem esta função de isolamento e consiste em uma tentativa de proteção. Várias vezes, ao referir ao seu corpo, Jaqueline traz a imagem de um guerreiro em “uma pesada armadura”, e afirma que se perdesse peso, não conseguiria se defender da aproximação do outro, seria “permeável”. A gordura, então, a mantém isolada, protegida da angústia do encontro com o outro e, talvez, da possibilidade da perda ou do fracasso inerente às relações objetais.

Este fechamento narcísico coloca uma barreira ao outro, um fechamento ao ideal do eu, à aceitação da falta, à possibilidade de desgarrar-se de sua onipotência perdida. O sujeito em um posicionamento melancólico vive escravo em busca do eu ideal, da completude e da onipotência narcísicas, não buscando no encontro com o outro uma alteridade, mas um espelho que lhe sustente esta completude perdida. Devido às falhas nas identificações primárias com suas figuras parentais (sobretudo a figura materna), haveria uma

tendência a uma resposta melancólica diante da perda, uma identificação com um objeto total capaz de “curar” um narcisismo ferido. Moreira (2002) destaca que na melancolia se esconde o não reconhecimento do outro como alteridade, uma vez que nos estados melancólicos a “alteridade será visada para a devoração, para a redução do outro ao mesmo do eu” (MOREIRA, 2002, p. 219).

Ao retomarmos a questão do autoenvelhecimento melancólico podemos levantar importantes características da alteridade nos estados melancólicos. A diminuição da autoestima na melancolia aponta para um empobrecimento do ego do sujeito melancólico, indicando uma perda egóica; no entanto, a analogia com o luto estabelecida por Freud nos leva a entender a melancolia como uma perda referente a um objeto. Freud explica esta contradição ao considerar que:

Se se ouvir pacientemente as muitas e variadas auto-acusações de um melancólico, não se poderá evitar, no fim, a impressão de que freqüentemente as mais violentas delas dificilmente se aplicam ao próprio paciente, mas que com ligeiras modificações, se ajustam realmente a outrem, a alguém que o paciente ama, amou ou deveria amar [...] as auto-recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente (Freud, 1917b/1996, p. 254).

Há, portanto, uma identificação narcísica do ego com o objeto abandonado; a sombra do objeto cai sobre o ego que passa, então, a ser julgado por um agente crítico como se fosse o objeto. Assim, uma perda objetiva torna-se uma perda egóica, na qual perder o objeto de amor é perder a si mesmo. Freud (1917b/1996) destaca que a identificação é a primeira forma pela qual o ego escolhe um objeto – há nesta escolha um desejo de incorporar a si este objeto, de devorá-lo, retomando a ideia da oralidade canibalística presente na melancolia e que emerge também como tentativa de defesa no

sujeito subjugado pelo complexo da mãe morta, utilizando-se da identificação com o objeto como tentativa de evitamento da dor da perda narcísica.

Tanto Freud (1917b/1996) quanto Green (1980) destacam o papel da ambivalência na psicodinâmica dos estados melancólicos. Considerando que as ocasiões que podem dar margem a esta afecção são geralmente permeadas por situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, elas podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, reforçando uma ambivalência já existente. Nestas condições

se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcísica, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento (FREUD, 1917b/1996, p. 256)

A ambivalência é, portanto, como já vimos, pré-condição para a melancolia na medida em que é necessário que se ame o objeto perdido para que se identifique com ele, mas também odiá-lo; a ambivalência é inerente a todas as relações, mas o que observamos no padecimento melancólico é uma impossibilidade de dirigir a agressividade ao objeto, direcionando-a para o objeto incorporado dentro do próprio ego. No complexo da mãe morta, a criança fica impossibilitada de derivar a agressividade destrutiva para fora, devido à vulnerabilidade do objeto materno. Esta agressividade que não pode ser escoada pode vir a ser direcionada narcisicamente para o próprio ego, onde a mãe morta repousa incorporada.

4.4. Esboços sobre a dinâmica pulsional na obesidade

Os pontos levantados até aqui em nosso percurso teórico apontam para a existência, então, na melancolia, de um componente mortífero, um

narcisismo que não se prestaria à autopreservação, mas à destruição, ao isolamento, a um retorno a um estado anterior das coisas, um narcisismo negativo (GREEN, 1980). A melancolia fica a serviço da pulsão de morte; Freud (1917b/1996) exemplifica esta tendência por meio do suicídio, já que para a concretização do suicídio o ego deve consentir com sua própria destruição; isto se dá justamente por esta capacidade de tratar a si mesmo como um objeto, dirigindo contra si mesmo a mesma hostilidade anteriormente relacionada a um objeto, um assassinato de si mesmo. Cabe aqui retomarmos a diferenciação entre um narcisismo primário positivo – vinculável às pulsões de vida – e um narcisismo primário negativo – vinculável às pulsões de morte – , propondo que algumas obesidades que se configuram a partir de um posicionamento melancólico, com presença de queixas de sentimentos de vazio e de autoenvilecimento, relacionam-se com as expressões da pulsão de morte, constituindo o ato de comer uma tentativa de escoamento pulsional imediato da angústia do vazio por intermédio de uma tentativa literal de incorporar novos objetos.

O exposto nos ajuda a compreender o que Jaqueline expressa em sua compulsão alimentar e sua predileção por alimentos que venham em pacote, invólucro destinado para o vazio que diz sentir dentro de si, e em tantas outras pacientes que tivemos oportunidade de nos aproximar durante o grupo mencionado na introdução deste trabalho. A comida serve como suporte nos momentos de raiva, tristeza ou solidão; engolem o que os outros dizem, engolem suas frustrações.

A atividade de comer serve como tentativa falha de simbolizar uma devoração das relações: Jaqueline diz, ao ser convocada a uma reunião

familiar, que é preciso um estômago gigante para agüentar o outro. E assim se aumenta, fica maior do que os demais – literalidade que não consegue ser expressa de outra forma que não por meio do concreto, em uma falência do imaginário. Em um episódio de devoração, come indiscriminadamente, comendo cada vez mais, embora nunca cheia o suficiente, buscando uma existência sem espaços a serem preenchidos, sem faltas.

Freud (1917b/1996) destaca que uma característica notável da melancolia é sua tendência em transformar-se em mania (FREUD, 1917b/1996); o conteúdo é o mesmo nas duas afecções, porém, enquanto na melancolia o ego sucumbe ao 'complexo', na mania ele é dominado e posto de lado. O autor coloca também uma explicação econômica para esta tendência, se pensarmos em um grande dispêndio de energia que se torna desnecessário e, portanto, se encontra disponível, o que torna a mania possível. Portanto, na mania, o ego deve ter superado a perda do objeto (ou seu luto pela perda), liberando uma grande cota de catexias; assim, "o indivíduo maníaco demonstra claramente sua liberação do objeto que causou seu sofrimento, procurando, como um homem vorazmente faminto, novas catexias objetais" (FREUD, 1917b/1996, p. 260). A devoração voraz, no entanto, falha nesta tentativa de estabelecer catexias objetais, sendo geralmente uma atividade solitária, de isolamento, próxima do embotamento melancólico.

A mania seria expressa na forma de uma ação que tentaria então superar a dor da perda do objeto, uma tentativa de se religar ao mundo, de preencher o vazio insuportável que habita o indivíduo. No entanto, na mania o eu ideal e o ideal do ego coincidem, o que não ocorre nas obesidades decorrentes de um posicionamento subjetivo e libidinal melancólico, nas quais

observamos que a atividade do comer excessivo não representaria uma tentativa de religação, mas sim, uma busca por um nível zero de excitação, uma supressão total da tensão interna por meio do excesso alimentar – o caldo puro da pulsão de morte. O excesso de comida e a sensação daí advinda parece, assim, ficar a serviço da pulsão de morte, buscando a restauração do equilíbrio nirvânico, tentativa de apagar toda dor psíquica, sem espaço para a representação.

Vimos em Fédida (1978) que esta pulsionalidade devoradora que busca superar a perda do objeto por intermédio de sua incorporação seria uma tentativa de manter o objeto vivo, referindo-se a esta superação da perda do objeto. Assim, algumas obesidades surgiriam como consequência de uma tentativa desmedida do indivíduo de superar a dor melancólica; podemos pensar que o indivíduo obeso tenta desesperadamente “engolir” o outro, guardá-lo dentro de si, preenchendo o vazio que a perda deste objeto inscreveu. No entanto, estas tentativas canibalísticas de incorporar novos objetos estão fadadas ao fracasso, pois, de acordo com Green (1980):

O percurso do sujeito evoca a caça em busca de um objeto inintrojetável, sem possibilidade de a ele renunciar ou perdê-lo e tampouco com possibilidade de aceitar sua introjeção no Eu investido pela mãe morta. Em suma, os objetos do sujeito ficam sempre no limite do Eu, nem completamente dentro nem totalmente fora. E isto porque o lugar está ocupado, no centro, pela mãe morta (Green, 1980, p. 252).

Nesta perspectiva, o indivíduo obeso teria então, uma fome real de introjeção²⁰, um desejo de alargar seu ego; no entanto, tal introjeção não pode ser realizada, pois seu ego está “cheio de vazio”, identificado com o buraco deixado pela mãe morta. O obeso tentaria solucionar este problema em uma

²⁰ Termo introduzido por Ferenczi, referente a um mecanismo que permite incluir objetos do mundo exterior no Ego, consequência de um amor objetal e que implica no alargamento do ego (Abraham & Torok, 1987).

posição melancólica que propõe uma tentativa de “introjeção” imediata, mas meramente fantasística e ilusória (ABRAHAM; TOROK, 1987), engolindo e incorporando objetos, alargando seu invólucro corporal, mas sem enriquecer seu ego.

Nestes termos, ao pensarmos em uma obesidade relacionada com um estado melancólico, destacamos dois aspectos referentes ao processo de identificação. O primeiro aspecto refere-se ao próprio padecimento melancólico, no qual entramos em contato com o mecanismo de identificação por meio do ódio que o sujeito sente pelo objeto perdido, mas que direciona ao próprio eu. O segundo aspecto, por sua vez, refere-se à obesidade, pois se tratando de uma regressão a uma fase oral (FREUD, 1923/1996), poderíamos compreender o porquê do indivíduo utilizar sua oralidade como forma de defesa diante do sofrimento da perda do objeto.

A melancolia, portanto, não estaria ligada ao campo das pulsões sexuais e representáveis, mas sim, à pulsão de morte, de destruição, uma pulsão irrepresentável. Neste sentido, a obesidade que se manifesta como resultado de um comer excessivo que se presta a uma defesa diante de estados melancólicos não obedeceria ao mecanismo de formação do sintoma no sentido do evitamento do desprazer, mas sim, se submeteria ao funcionamento das neuroses narcísicas, no qual o objetivo seria evitar a angústia motivada pela perda – real ou ideal – de um objeto de amor.

Para encerrarmos este capítulo, gostaríamos de apresentar um fragmento clínico extraídos do livro “Sol Negro – Depressão e Melancolia”, de Julia Kristeva (1989):

Nela, o humor melancólico não era senão ausências, esquivas, contemplações desvairadas e como que alucinadas daquilo que pôde ser uma aflição, mas que a dignidade do superego de Isabelle imediatamente transformou numa hipertrofia inabordável. Um nada que não é o recalçamento nem o simples traço do afeto, mas que condensa num *buraco negro* - como a antimatéria cósmica invisível e esmagadora - o mal-estar sensorial, sexual, fantasmático dos abandonos e das decepções. Castrações e ferimentos narcísicos, insatisfação sexual e impasses fantasmáticos nele se interpenetravam num peso, ao mesmo tempo extenuante e irreparável, organizando a sua subjetividade: por dentro, ela só estava machucada e paralisada; por fora, só lhe restava a atuação ou ativismos de fachada. (KRISTEVA, 1989, p.86)

Pensamos que neste fragmento, referente a alguns dos aspectos da depressão feminina, fica claro que a melancolia pode se apresentar de diversas formas, não apenas na imagem estereotipada do indivíduo letárgico, inerte. Neste fragmento a autora destaca ainda a presença de um superego tirânico e arcaico, que muitas vezes não permite ao indivíduo nem expressar seu sofrimento – restando a ele recorrer a atuações, assumir uma máscara quase impenetrável ou entregar-se a atividades (cozinhar, alimentar, cuidar dos outros, manter-se incessantemente ocupada) para não pensar, não entrar em contato com seu sofrimento. Prevalece a marca do excessivo, característico das pulsões de morte. Este excesso mortífero é característico da clínica dos estados-limites e muito presente no caso de Jacqueline, como veremos a seguir.

5. RESULTADOS – O CASO JAQUELINE

Teria ela tentado me fechar nela, no lugar dessa mãe que desalojamos? Aprisionar-me em seu corpo de forma que, misturadas uma à outra, não pudéssemos mais nos reencontrar, pois, por algum tempo, ela me havia englobado, engurgitado, sepultado no seu corpo-túmulo imaginário, como fizera com sua mãe? (KRISTEVA, 1989, p. 76)

5.1. A clínica e a transferência limite

Antes de iniciarmos a exposição e análise do caso clínico eleito para nosso trabalho, faz-se necessário ampliarmos nosso entendimento sobre a transferência não-neurótica ou limite, o que nos dará maior embasamento para justificarmos nossa opção por analisar o caso escolhido sob o viés contra-transferencial e anteciparmos algumas das dificuldades encontradas em nossos atendimentos.

A teoria da negatividade e dos estados limites surgiu da observação clínica de quadros que apresentavam angústias e funcionamentos psíquicos diferentes da clínica neurótica tradicional, com pacientes que apresentam distúrbios narcísico-identitários, com prejuízo à atividade onírica e de representação, angústias de fragmentação e de perda do objeto, sendo o atendimento destes quadros marcado pela presença de ataques sistemáticos ao enquadre terapêutico e pelas defesas situadas aquém da representação – passagens ao ato, convocação do corpo, distúrbios psicossomáticos, adicções, sentimentos de vazio, dentre outros.

A partir da leitura de Freud (1920/1996), Minerbo (2012) irá analisar que a compulsão à repetição repete o trauma – experiência dolorosa que excede a capacidade de ligação – e destaca que, na clínica da pulsão de morte, a demanda é muito diferente da clínica neurótica: trata-se de possibilitar que esta

experiência dolorosa seja simbolizada, representada, para deixar de ser repetida compulsivamente. De acordo com a autora, esta é a característica principal da transferência não neurótica, os referidos “casos difíceis”, que aqui adotamos como elementos balizadores para a compreensão do sofrimento psíquico associado com algumas obesidades.

Por suas falhas de representação, o paciente não neurótico despertará no analista algo de si que ele próprio não consegue perceber; o analista deve mais sentir mais do que escutar, atuando como “o espelho em negativo de si, refletindo o que ele não conseguiu sentir, ver e compreender de si mesmo” (MINERBO, 2012, p. 68). O *setting* destes casos será marcado, portanto, pela negatividade (no sentido greeniano visto anteriormente), pelo não constituído, com mais frequência do que por conflitos.

Neste contexto, Minerbo (2012) ressalta a importância da contratransferência para a situação clínica, especialmente nos chamados “casos difíceis”, cuja transferência repete identificações narcísicas, de colorido psicótico, em oposição às neuroses clássicas que colocam em repetição cenas do conflito edípico e identificações históricas. De acordo com a autora:

A ideia de que transferência é colocação em ato de identificações tem consequências clínicas fundamentais. Quando o paciente fala, é preciso reconhecer “quem” nele está falando, isto é, que identificação. E também com “quem” está falando, isto é, qual a posição identificatória complementar que está sendo atribuída ao analista (MINERBO, 2012, p. 71)

Assumir uma posição identificatória complementar exige que o analista esteja atento aos seus próprios sentimentos inconscientes para não se confundir com as projeções do paciente, sobretudo nos casos onde as identificações narcísicas imperam. Esta atenção é importante já que é nos

momentos críticos da contratransferência que a transferência toma forma: ao vivenciar de forma muito intensa sentimentos variados o analista pode ter acesso também às identificações do paciente. No entanto, “enquanto o analista não reconhece “quem” ele está sendo e qual é a cena que se repete, seu narcisismo sofre e a análise patina” (MINERBO, 2012, p. 126).

Esta dificuldade de percepção das identificações no jogo transferencial pode estar relacionada às personalidades não neuróticas (ou psicóticas, ou narcísicas, dependendo do autor), já que nestas personalidades o que está em jogo são identificações arcaicas, com representações precárias e por vezes no limite do analisável. Seu mundo psíquico é vazio de fantasias e cabe ao analista, mais do que reconhecer seu papel, criá-lo ou imaginá-lo (MINERBO, 2012). É com esta transferência que nos deparamos no caso que será apresentado neste trabalho; nestes casos, muita da comunicação e das situações transferenciais se dão em um nível não-verbal, sendo importante que o analista se deixe levar pela convocação transferencial (de maneira consciente) para que o arcaico, o não-simbolizado, possa se atualizar e ser trabalhado na situação analítica.

Este nível não-verbal é importante já que para alguns pacientes não neuróticos, a interpretação da transferência, tal qual realizada na clínica da neurose, “não faria sentido algum” (MINERBO, 2012, p. 90). Os casos com buracos de simbolização podem apresentar uma experiência traumática com um objeto primário falho, marcado pela descontinuidade, e a fala interpretativa pode aumentar a angústia do paciente, deixá-lo confuso.

É preciso adotar certa cautela para que o analista não adote uma postura *a priori*, mas sim, acolha o paciente em suas especificidades, lançando hipóteses metapsicológicas que norteiem sua escuta e direcionem o manejo da transferência, sem generalizações. Minerbo (2012) estabelece algumas analogias com a dramaturgia:

Idealmente, o analista interpreta em vez de atuar esse personagem [da transferência]. No entanto, muitas vezes ele só estará em condições de reconhecer qual é o papel quando estiver atuando, isto é, contracenando com o paciente. Em outros termos, ele oferece sua contratransferência para que a transferência possa ganhar corpo. Trata-se, portanto, de um momento necessário ao processo. São casos em que se está no limite do analisável (...) o roteiro não neurótico coloca em cena lutas desesperadas e estratégias de sobrevivência do eu em ambientes emocionais particularmente inóspitos ou francamente hostis. O trabalho do psicanalista consiste em tentar *imaginar*, mais do que *reconhecer*, que papel é o seu – e não será um papel nada lisonjeiro (MINERBO, 2012, p. 122-123, grifos da autora).

Acreditamos que esta citação retrata com fidelidade e de maneira quase poética a relação entre analista e paciente, quando permeada pelas angústias narcísico-identitárias ou, retomando a metáfora greeniana, de pacientes com núcleos egóicos que formam arquipélagos, cercados de vazio. É preciso um pouco de poesia, um pouco de *holding*, para ser capaz de sustentar e manejar a transferência frequentemente negativa que se desenvolve nestes casos; enquanto o analista não reconhece seu papel na transferência e qual a cena que se repete, seu narcisismo sofre e a análise não sai do lugar.

Na análise de casos difíceis, ou nestes momentos em que a análise parece “patinar”, mudanças concretas no *setting* apresentam efeitos terapêuticos positivos, como ocorrido no caso de Jaqueline. Winnicott (1955/2000) destaca a necessidade de adaptar a técnica a cada paciente de acordo com o diagnóstico transferencial e ressalta que nos casos limite muitas vezes o manejo é mais importante do que a interpretação, sendo produtivo que

o analista crie um ambiente pouco intrusivo, oferecendo sustentação concreta, por meio de alterações no enquadre (números de sessão, posição deitado ou face a face, alteração de honorários, dentre outros) ou uma sustentação psíquica que possibilite o *holding*. No caso de Jaqueline, os atendimentos extras ocorridos no consultório particular da pesquisadora provocaram movimentos de abertura, fortalecendo a transferência e ampliando as possibilidades de intervenção, como veremos posteriormente.

Garcia (2007) também aborda a questão do enquadre, enfatizando os ataques ao enquadre (GREEN, 1975, 1982), as defesas rígidas e resistentes e as respostas contratransferenciais intensas e inusitadas, exigindo do analista esta posição diferenciada. De acordo com a autora (2007, p. 94-95):

...os movimentos do paciente em análise parecem indicar um esforço no sentido de *se livrar* de uma experiência psíquica insuportável através da exclusão somática e da expressão via ação, ou até mesmo do desinvestimento libidinal sob a forma de depressão primária (grifos nossos).

Este “se livrar” da experiência vai ao encontro do que vimos anteriormente, referente à tendência à exterioridade característica da clínica da pulsão de morte ou clínica do vazio. Para suprir o prejuízo representacional que o vazio afetivo predominante traz para a sessão, o analista deve utilizar sua capacidade vinculatória, possibilitando ao paciente novas formas de expressão de seu sofrimento.

Por fim, antes de passarmos ao caso de Jaqueline, gostaríamos de apresentar algumas considerações de André (2004) acerca da transferência, em especial nos quadros limites ou *borderlines*. Segundo o autor, estes casos evocam e desafiam as fronteiras da análise: muitas vezes, nem mesmo a regra da livre associação faz sentido a estes pacientes, que podem falar sem evitar

ou dissimular, mas cujo discurso é inapreensível (ANDRÉ, 2002). As próprias fronteiras do *setting* analítico são incertas, e a transferência não ficaria fora desta incerteza. Se é próprio da neurose de transferência repetir o conflito psíquico na cena de análise, remontando à tragédia edipiana, “a experiência *borderline* em psicanálise começa aí onde a neurose de transferência não começa” (ANDRÉ, 2004, p. 76) – daí as dificuldades de manejo na clínica destes pacientes, que exige criatividade e diferentes posicionamentos por parte do analista.

5.2. O caso Jaqueline

Este subcapítulo tem por objetivo apresentar a história de vida da paciente que chamaremos de Jaqueline*, de acordo com as considerações explicitadas no capítulo referente ao método. Optamos por organizar a apresentação do caso de maneira cronológica, apresentando inicialmente a história de vida e alguns recortes clínicos. Por fim, optamos por apresentar as impressões pessoais e transferenciais da pesquisadora em primeira pessoa e as hipóteses metapsicológicas, construídas em supervisão, em terceira pessoa.

Tínhamos um discernimento superior da vida e dos seus sabores, e o que nos unia mesmo era a certeza de que nossa fome representava todos os apetites que um dia nos daria o mundo (...) Éramos tão vorazes, no começo, que qualquer coisa menos que o mundo equivaleria a um coito interrompido. (VERÍSSIMO, 1998, p.15)

Meu primeiro contato com Jaqueline foi via email, em resposta à divulgação para voluntárias para a presente pesquisa. O título do email me chamou a atenção: “SOU SUPER MEGA OBESA”, em Caps Lock. Seu email

expressava urgência, grande disponibilidade e suas palavras me passaram a sensação de uma mulher envolta em grande angústia. Agendamos seu atendimento no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UFPR. Jaqueline tem 28 anos, mora com o marido Rafael, de 32 anos, há cinco anos, e apresenta obesidade mórbida. Relatou que sempre esteve acima do peso, desde a infância.

Jaqueline é a mais nova dos quatro filhos de Joana e José, que residem em outro estado. Jaqueline, no entanto, nunca conheceu sua irmã mais velha (Carolina), que faleceu devido a uma grave doença, anos antes de seu nascimento. A morte de Carolina teve grande impacto em sua família – o pai passou a apresentar uso abusivo de bebidas alcoólicas e até hoje tem dificuldades em manter-se em um emprego, e sua mãe caiu em depressão profunda, dependendo do auxílio de um parente para cuidar de seus dois filhos vivos, um deles ainda em fase de amamentação.

O nascimento de Jaqueline se dá no momento em que sua mãe se preparava para retomar sua autonomia, buscando emprego fora de casa e, aos poucos, elaborando o processo de luto por sua filha falecida. Jaqueline veio por um acidente, sem ser planejada, e sua mãe nunca escondeu este fato dela; a relação entre a mãe e a filha, explica Jaqueline, é sobretudo uma grande amizade e entre elas não há segredos nem diferenças geracionais – incluindo conversas sobre sexo, drogas e mesmo sobre a vida amorosa da mãe.

A infância de Jaqueline foi marcada pelas brigas entre os pais e pelo que me pareceu uma grande solidão – diz que até os seis anos, sua entrada na escola, nunca havia brincado, pois seus irmãos mais velhos a ignoravam e sua

mãe, apesar de presente, não brincava com ela nem lhe contava histórias. Cercada de coisas materiais, Jaqueline dizia que nunca lhe faltara nada, mas frequentemente se questionava sobre a permissividade do ambiente em que cresceu, nunca tendo limites ou regras, sendo bastante “mimada” materialmente, mas recebendo pouco carinho.

O pai era bastante ausente das memórias de sua infância, e sua presença nos relatos de Jaqueline foi sempre associado aos episódios de agressão verbal ao quais submetia a família, não se recordando de palavras de carinho vindas dele ou de sua mãe, seja entre eles ou com os filhos. Seu ambiente familiar era bastante conturbado.

Uma figura importante de sua infância foi sua tia Leila. Sua tia saiu de casa bastante nova, e teve maior contato com Jaqueline até ela completar oito anos. Jaqueline descrevia a tia como uma mulher forte, de humor inconstante e bastante agressiva, “explodindo” por qualquer coisa. Leila fora uma mulher ambiciosa e que sempre colocou sua carreira como prioridade. Jaqueline frequentemente lembrava que, quando a tia saía de casa, dissera a ela que “estava indo conquistar o mundo”, acrescentando que ela deveria fazer o mesmo. O impacto destas palavras aparecia frequentemente em nossas sessões, como veremos mais adiante.

Desde o início de sua terapia, ficou clara a preocupação de Jaqueline com sua carreira. Realizava diversos cursos em sua área de atuação, dedicando-se integralmente a seus estudos e mantendo-se muito ocupada. Além disso, sua cobrança com o resultado de seu trabalho era tão alta que por vezes tive a sensação de estar simultaneamente diante de um feitor e um

escravo – Jaqueline alternava frequentemente entre a insatisfação com seu desempenho e a certeza de que poderia ter trabalhado mais.

Esta frustração entre suas expectativas e o resultado de seu investimento era constante. Jaqueline priorizava sua carreira, com grandes expectativas de trabalhar muito e ser reconhecida na sua área. Mais do que isso, Jaqueline colocava seu objetivo de “dominar o mundo”, como sua tia; mas, ao mesmo tempo, sempre se depreciava ao falar de seu trabalho. Relatava sentir-se uma fraude: se não podia “dominar o mundo”, não lhe restava mais nada – e o nada, o que lhe faltava, sempre foi extremamente angustiante para ela. Minha sensação era a de que, para Jaqueline, o mundo não possuía nuances, vivendo na base do “tudo ou nada”. Nem mesmo a ideia de ser boa em algumas coisas e falhar em outras era admitida por ela.

Falar do que falta e de suas falhas foram os principais momentos em sessão nos quais Jaqueline se mostrara emotiva; dizia que não conseguia acreditar quando alguém dizia algo positivo sobre ela e que sentia forte necessidade de mostrar para os outros que ela era boa, mas sentindo-se incapaz disso. Sua vontade de agradar aos outros e “provar seu valor” era constante, e por vezes nos questionamos quem seriam estes “outros” a que Jaqueline buscava tanto satisfazer. Depois de alguns meses de terapia, Jaqueline me trouxe uma marcante imagem de muita gente vivendo em um único corpo:

“Essa semana eu tava pensando muito... Você fica falando sobre quem seriam os outros que ficam me cobrando e eu pensei em várias pessoas da minha vida, mas não sei... Acho que minha vida inteira eu sempre tive medo de desagradar e sempre fiz tudo pra agradar várias pessoas dentro de mim. Sabe, é complicado, mas eu sinto que preciso agradar a Jaqueline monstro, a Jaqueline criança mimada, a Jaqueline velha chata, a Jaqueline sonhadora que acha que vai

dominar o mundo, a Jaqueline que quer emagrecer, a Jaqueline que boicota todos os regimes. Eu pareço esquizofrênica, parece uma batalha de xadrez comigo mesma. Daqui a pouco eu vou estar com um câncer, uma dessas Jaquelines pode morrer dentro de mim e virar uma coisa pior. Eu começo a sentir medo disso, desses buracos enormes dentro de mim uma hora estourarem em alguma coisa, como já aconteceu na minha compulsão alimentar, no cigarro, na bebida... Parece que meu corpo tá me dando sinais de que não tá mais dando conta.”

Estas várias Jaquelines e a sua relação com o próprio corpo foram temas freqüentes de nossas sessões, geralmente acompanhado de metáforas, de histórias. Ao falar da fragilidade de seu corpo, reconhecia a necessidade de “cuidar de si”, fazer menos coisas ao mesmo tempo; no entanto, ficar em casa lhe era fonte de muita angústia e profundos sentimentos de solidão, que culminavam em momentos depressivos, nos quais só comia ou não saía da cama. Jaqueline sentia-se sem referências – de doar-se, de limites, de família, de frustração, do próprio corpo. Sentia-se despreparada para lidar com as frustrações ou com qualquer crítica negativa que pudesse receber e frequentemente se assustava com sua própria imagem no espelho, com o tamanho de suas roupas, com os contornos de seu corpo.

Desde nosso primeiro encontro, Jaqueline definira sua gordura como uma “armadura”, relatando um intenso medo de emagrecer e “se perder”, ou de ter pessoas se aproximando dela apenas por sua aparência, se tornando vulnerável. Dizia existir dentro dela um monstro, que ela não conseguiria controlar se perdesse peso. Definia sua relação com a comida como um vício, remédio para qualquer angústia, acalento para os momentos de agressividade e companheira na solidão.

O que se sobressaia nos relatos de Jaqueline como um dos principais pontos de angústia é todo o excesso: de atividades, de comida, de peso. Segundo ela, em sua vida “tudo só entra, só entra, só entra e nada sai”. Em

seus momentos de compulsão, privilegiava alimentos que vinham em pacotes – ao terminar o ataque de comilança, sentia-se simultaneamente satisfeita e culpada ao ver a quantidade de pacotes vazios que acumulou. Assim, “tira o vazio e guarda nos pacotinhos”. Esta opção pelo concreto em detrimento do abstrato era central nos atendimentos com Jaqueline.

Em determinado momento dos atendimentos, sua tia adoeceu de forma muito grave. Leila sempre fora uma *workaholic*, muito bem sucedida em sua carreira, e Jaqueline a tinha como um ideal a ser seguido, buscando reproduzir inconscientemente mesmo os momentos de agressividade da tia, sua dedicação excessiva ao trabalho, sua independência e seu desejo de “conquistar o mundo”, apresentando tamanha identificação com a tia que parte de si acreditava que iria sofrer exatamente o mesmo destino que ela. A partir deste momento de certeza de uma grave doença em seu futuro, Jaqueline começou a questionar suas escolhas e seu ritmo de vida, motivando-se a mudar seu posicionamento no presente.

Para mim, captar as angústias de Jaqueline durante as sessões não foi uma tarefa fácil. Suas palavras eram muito bem escolhidas, seu relato era estruturado e poucas vezes ela aparentou estar perturbada ou emocionada. Seus momentos de maior angústia se relacionavam com sua incapacidade de lidar com a frustração e com o que lhe faltava, apresentando momentos de agressividade e/ou de fragilidade ao abordarmos estes assuntos e frequentemente faltando a sessão seguinte, se eu insistia em falar do que não era completude. Minha sensação era a de que lhe faltavam dispositivos de defesa para lidar com a frustração, dentro e fora de sessão, recorrendo a atuações (como faltas e atrasos), à comida ou ao álcool ou ainda à negação,

como, por exemplo, nos diagnósticos durante o tratamento da tia, quando diz para si mesma: “Não vou processar esta informação. Engole.”.

Como vimos, um dos temas mais recorrentes de nossas sessões era justamente a sensação de que dentro dela existiam diversas “Jaquelines” diferentes. Desta forma, Jaqueline justificava qualquer atitude sua que não pudesse ser responsabilizada a alguém externo, mas sentia-se incapaz de controlar tanta gente em um só corpo. Jaqueline parecia fazer uso de uma “obsessividade protetiva” quando se encontrava diante de algo potencialmente traumático, construindo racionalizações para se isolar do que poderia lançá-la em uma angústia insuportável.

Esta obsessividade defensiva e seu apego pelo que é concreto nos trouxeram algumas dificuldades transferenciais. Uma das principais dificuldades residia na dificuldade que Jaqueline apresentava inicialmente com abstrações ou com o método de associação livre, trazendo poucas fantasias ou material onírico para as sessões. Frequentemente conseguíamos construir algumas metáforas sobre ela, mas minhas tentativas de explorá-las, destrinchá-las e dar a elas “recheio emocional” eram infrutíferas. Além disso, Jaqueline por vezes falava de sua impossibilidade de rever o que fazia, referindo-se aos seus estudos ou ao seu trabalho. No entanto, por longo período de nosso tratamento percebi também esta atitude em nossas sessões: enfrentava grande dificuldade de retomar assuntos trabalhados anteriormente e, diante de minha insistência, freqüentemente surgiam atuações: agressividade (como tapas na almofada de sua cadeira), faltas, ou racionalizações excessivamente detalhadas que acabavam desviando do assunto que poderia lhe trazer algum tipo de angústia.

Outro aspecto que destaca a necessidade de Jaqueline pelo que é concreto: durante o primeiro ano de terapia, Jaqueline se engajou em um tratamento médico bastante doloroso, realizado imediatamente antes de nossas sessões, entendendo este momento como parte de seu processo terapêutico. A meu ver, neste momento a dor psíquica não possuía muito espaço para Jaqueline e, conseqüentemente, ficava eu também afastada de seu mundo psíquico. Frequentemente me sentia isolada, em frente a uma Jaqueline dura, fechada e impenetrável. Diante de minhas interpretações, intervenções ou comentários, sentia que Jaqueline repetia sua relação com a comida: devorava sem nem sentir o gosto, não digerir, não metabolizava. Muitas vezes imaginei Jaqueline pensando em coisas que lhe dissera como fez durante o tratamento de sua tia: “Não vou processar isso. Engole.”.

Desde nossa primeira sessão, Jaqueline trouxe uma imagem de si como uma guerreira com uma pesada armadura, que a protegia do contato com os outros, impedia que se aproximassem dela ou pudessem atingi-la de alguma forma, o que também acabava por me afastar. Penso que sua gordura também a protegia de entrar em contato com sua insuportável fragilidade. Pude observar, de longe, esta fragilidade secreta em uma das descrições que Jaqueline fez de si:

“Outro dia fui me desenhar e percebi que eu sou um ovo. Sou como um ovo, tenho forma de ovo. Uma casca dura, mas que quebra se cair”.

Por isso, optamos por uma abordagem menos direta, que permitisse que Jaqueline se abrisse sem quebrar, estabelecendo uma relação transferencial que não lhe fosse ameaçadora. Ao longo de nosso percurso terapêutico,

houveram momentos nos quais disponibilizei meu consultório particular para atendê-la. A partir destas mudanças de *setting*, Jaqueline também se permitiu mudar seu posicionamento, iniciando um movimento de contato com seu mundo interior, analisando principalmente sua forte identificação com a tia, relembrando que havia sido ela que a incentivara a conquistar o mundo, a não aceitar nada menos que tudo; acreditava que a tia havia conquistado essa completude, e vê-la doente possibilitou a compreensão de que “a gente quebra”. Jaqueline pode perceber, a partir desta profunda identificação, que muitas vezes comia para se machucar, muito além da alimentação, e que seus excessos – de comida, de cobrança e de movimento – poderiam fazê-la desmoronar. Questionava-se: “E disso que eu engulo, engulo e engulo o que me sobra? Só sobra a angústia, a fome que nunca acaba e o rastro de pacotinhos vazios. Não sobrou nada de mim.”.

Este momento de seu trajeto analítico também marcou um aparente movimento de integração das muitas Jaquelines que ocupam seu corpo:

“Às vezes eu disse que queria morrer, mas acho que quando eu digo querer morrer, não é querer matar tudo isso; é matar a Jaqueline ruim que eu acho que mora dentro de mim. O que eu preciso matar é essa ideia que eu construí, essa divisão que eu tenho de duas Jaquelines, uma que pode ter sentimentos e ser flexível e uma que não pode ser, a Jaqueline pesada e a Jaqueline leve. Não digo nem morrer, mas ser mais amiga da outra. Dizer: vem, viva você também”.

A integração de suas fronteiras internas também foi acompanhada de um movimento no sentido do questionamento da alteridade, novamente calcado em objetos externos e na concretude do real:

“Antes quando eu vinha aqui, nas nossas conversas, eu falava muita coisa que não conseguia processar de verdade, entender as coisas que a gente dizia... Eu precisava de uma coisa concreta, um acontecimento real, pra conseguir entender, pra conseguir tirar uma lição. Pela primeira vez eu tô sentindo na pele de outra pessoa o que o excesso causa. Eu precisei sentir na carne.”

Ao dizer que está sentindo na pele de outra pessoa como se sentisse na própria carne, Jaqueline coloca em questão suas fronteiras, seus limites e, principalmente, suas relações. Desde a sua relação mais primária, com a mãe, o que emergia era justamente esta falta de limites – seriam eles limites impostos na realidade ou um pedido de uma separação clara entre mãe e filha, próximas demais? Por vezes repetia com o companheiro este mesmo padrão: pedia que ele lhe colocasse limites que ela não aceitava; exigia dele uma existência sem frustração, confundia-se com ele. Por sua vez, na relação com a tia, ideal a ser seguido, esta fusão tomava contornos ainda mais claros, e foi o que iniciou em Jaqueline um real movimento de questionamento, abrindo a possibilidade de emancipar-se, de ter fronteiras, de ser uma só.

5.3. Algumas hipóteses metapsicológicas – aproximações possíveis

A partir destes relatos de vida, começamos a formar uma imagem da infância de Jaqueline, o que nos permite delinear algumas hipóteses metapsicológicas. A morte de sua irmã Carolina, ainda que tenha ocorrido anos antes de seu nascimento, deixa uma marca indelével na família: altera as relações familiares, lança o pai em um comportamento adictivo e a mãe em profunda depressão, havendo a necessidade da emergência de um parente

como pilar para sustentar a família após esta perda trágica. A mãe se torna psicologicamente ausente, frágil; o pai, ausente, entregue ao álcool.

O nascimento de Jaqueline traz uma nova marca para a família: quando a mãe inicia um movimento para recuperar sua vida, pensamos que Jaqueline parece atestar a morte - ela nasce não de um desejo, mas de um acidente. Seu nascimento deixa sua mãe novamente atrelada à sogra. Vimos a importância do olhar materno para constituição da subjetividade do bebê e cabe aqui ressaltarmos que este olhar de desejo, que irá definir um lugar subjetivo para este bebê, se inicia mesmo antes de seu nascimento – o desejo materno expressa um projeto para esta criança (“meu filho vai ser...”), um esboço identitário que nasce no imaginário da mãe no momento de sua gravidez. Pensamos que no caso de Jaqueline, sua mãe, infeliz com a gravidez e com a sua vida, parece não ter criado um projeto sólido, falhando em estabelecer um lugar imaginário que insere o bebê em uma pluralidade identificatória.

Jaqueline passa sua infância muito sozinha. Tinha “tudo”, liberdade, privilégios (por exemplo, fazer coisas que seus irmãos não podiam fazer) e bens materiais, mas não se sentia plenamente desejada por sua mãe, enlutada e “fraca”. As nuances de sua relação com a mãe é de grande relevância e nos remeteu ao conceito do Complexo da Mãe Morta, de André Green (1980), complexo no qual, em consequência de uma depressão materna, esta passa de uma fonte de vitalidade para uma figura distante; a mãe morta, como vimos, “permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psicologicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida” (GREEN, 1980, p.239).

No caso de Jaqueline, é sabido que sua mãe vivenciava um luto real em decorrência da perda de Carolina; no entanto, acreditamos que Joana também estava absorta em uma depressão decorrente de uma ferida narcísica, tanto pelas perspectivas que tinha para o futuro (“abortadas” pela gravidez inesperada), quanto por possíveis sentimentos inconscientes de insuficiência como mãe.

Para construirmos esta compreensão, lançamos mão da observação de fenômenos contratransferenciais. Por vezes, durante os atendimentos de Jaqueline, vivenciei sentimentos muito profundos de inutilidade, por sentir que ela “desse conta” de tudo sozinha e não precisasse ou valorizasse o trabalho analítico empreendido. Minha sensação era a de que seu psiquismo, por mais frágil que pudesse ser, era envolto por uma couraça impenetrável, e algumas vezes me retraí por sentir que meus esforços – de construção ou interpretação – eram inúteis. Posteriormente, ao analisarmos estes sentimentos contratransferenciais, mantivemos em mente que o que se desenrola no *setting* terapêutico é um duplo registro: o atual e o infantil coexistem, se confundem e se atualizam. Pensando nestas sensações, pudemos construir uma imagem do objeto primário que o analista encarna em determinado momento da situação analítica (MINERBO, 2012).

Então delineamos a hipótese de um objeto primário (mãe) melancólico, desafetada e imersa em sua depressão, vivenciando esta mesma sensação de inutilidade; uma mãe insuficiente para seu bebê, ferida narcisicamente, que, por tal sensação, acaba por desinvestí-lo psiquicamente. O objeto primário, em função de suas próprias angústias, atribui ao bebê algo que é do seu próprio psiquismo. As marcas que restariam desta relação primitiva seriam a sensação

de insuficiência, um superego tirânico e arcaico e a sensação de ameaça à sua (do bebê) sobrevivência, uma experiência tão traumática que não pode ser simbolizada no psiquismo do *infans*, permanecendo clivada e constituindo “buracos” de simbolização. Vale lembrar que:

A ausência de simbolização determina a compulsão à repetição, que caracteriza a assim chamada ‘clínica da pulsão de morte’. Em lugar de serem recordados, como acontece na análise de neuróticos, estes elementos [*clivados*] retornam como alma penada e se depositam sobre objetos atuais (MINERBO, 2012, p. 181).

Esta presença de elementos traumáticos e clivados, ocorridos em um momento muito primitivo da vida, nos levou a iniciar uma reflexão acerca da possibilidade de estarmos diante de um posicionamento subjetivo melancólico, consequência de um luto que não pode ser elaborado, um luto pela perda do desejo materno, uma ferida narcísica vivenciada na sensação de não ser bom o suficiente para ser amado.

Este luto inelaborável, como vimos, não aceita a perda e se fixa no objeto, suscitando uma série de defesas diante desta angústia, uma resposta defensiva possível para uma experiência particular. Retomando a ideia da melancolia como uma reação possível diante da perda de um objeto, defendendo-se do desamparo ao identificar-se com ele, questionamo-nos acerca das marcas psíquicas deixadas em Jaqueline a partir desta identificação com a falta de afeto materna, um objeto primário ausente, inscrevendo buracos de simbolização e falhando em inscrever nela uma noção de si que permita suportar a alteridade sem ser invadida por angústia ou pelas tão freqüentes sensações de vazio.

Vimos que a melancolia absorve o ego em um processo semelhante ao do luto, exigindo a retirada das ligações libidinais com o objeto perdido; no

entanto, se a melancolia emerge justamente da impossibilidade de elaborar este luto que se trataria de uma perda narcísica, este luto inelaborável marca, no caso de Jaqueline, a sensação de não ser “boa o suficiente” para ser desejada por sua mãe.

A partir destes questionamentos a partir da relação entre Jaqueline-bebê e sua mãe, buscamos também compreender o papel de José, pai de Jaqueline, nesta dinâmica, apesar da baixa frequência em que ele foi citado durante os relatos de Jaqueline. Os poucos relatos em torno dele versam a respeito justamente de sua ausência, seus vícios, da agressividade verbal e de como Jaqueline não vivenciou a relação dos pais como uma relação saudável, sempre ciente das brigas do casal. Estes poucos elementos são suficientes para lançarmos a hipótese de que, em sua constituição familiar, não existiria um casal parental constituído e discriminado. Jaqueline fala desta figura paterna muito ausente, e nos questionamos a respeito da inscrição paterna no psiquismo de Jaqueline, delimitando o espaço entre mãe e filha, introduzindo a noção de alteridade e, conseqüentemente, a noção de limite. A incapacidade de reconhecer seus limites e as dificuldades de representação, por falta de uma matriz simbólica consistente é bastante pronunciada no caso de Jaqueline e compatível com a sua história de vida.

Ceccarelli (2011, p. 73) ao refletir sobre a economia psíquica subjacente aos comportamentos adictivos, esclarece que a falha paterna reforça o desamparo do filho, que fica a mercê de suas moções pulsionais (agressivas e incestuosas), que necessitariam do trabalho da cultura para serem sublimadas

e utilizadas socialmente²¹. De acordo com o autor, sem o pai simbólico, ou seja, sem a introjeção da imago paterna protetora, resta ao sujeito apenas a figura do tirano, capaz de castrar ou seduzir. Nas palavras do autor (2011, p. 73-74):

Temos aqui, a meu ver, as bases da economia adictiva: a preocupação (Sorgen) a ser quebrada, amortecida (brechen), seria o colapso psíquico devido à não introjeção das imagos parentais necessárias para que, passado o desamparo inevitável dos primeiros anos de vida, a criança possa ser o que chamei de 'pai para si mesmo'. Esta dinâmica psíquica particular é reatualizada sempre que uma ameaça, real ou imaginária, se apresenta ao sujeito. O recurso à adicção é a tentativa de evitar, de quebrar o desamparo gerado por este estado psíquico (grifos do autor).

No caso de Jaqueline, questionamo-nos se houve a possibilidade de introjeção destas figuras parentais, já que é queixa freqüente em seus atendimentos o fato de não ver sua mãe como “maternal”, nem seu pai como “paternal”. Causa-nos estranhamento, inclusive, o fato de frequentemente Jaqueline referir-se a sua mãe como “mãe biológica”, ainda que tenha sido criada por Joana. Pensamos que esta falha de inscrição de imagos parentais protetoras pode estar relacionada com sua necessidade de uma capa de proteção externa, colocando desde a primeira sessão sua obesidade como uma “armadura” – diante da realidade (psíquica ou não) ameaçadora, desamparada e sem inscrição de figuras protetivas, resta-lhe atuar esta proteção com a resposta que lhe é possível.

Se a falha ocorre em um momento tão primário, podemos pensar que suas identificações se constituirão nos moldes da **oralidade**. As figuras fortes (como sua tia) são incorporadas em Jaqueline de forma quase canibalesca: ela precisa ser forte, trabalhadora e preocupada com os bens materiais como a

²¹ Cf **FREUD, S.** (1908a). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996

ela, adquirindo mesmo a personalidade explosiva e agressiva da tia. Jaqueline parece mimetizar as figuras com as quais se identifica vorazmente, repetindo seus gestos, desejos e ambições, mas nos questionamos se há uma introjeção destas relações, resultando em uma expansão egóica ou se a fragilidade de seu ego, cindido e repleto de vazios de simbolização, não permite a inscrição dos limites necessários para reconhecer a alteridade de outros objetos.

A adolescência, período de transição entre a infância e a vida adulta, é um momento de grandes mudanças, inclusive psicológicas e emocionais. Nasio (2010) defende que mesmo a adolescência dita “normal”, marcada por sentimentos de angústia, tristeza e/ou revolta, pode ser considerada um tipo de neurose, pela necessidade de reorganização interna para conciliar as exigências pulsionais do corpo (libidinal e hormonal) e sociais (pais, amigos, inclusão em grupos, escolhas profissionais e amorosas). Em alguns casos, no entanto, esse sofrimento “normal” desta fase se torna exacerbado, podendo levar a atuações diversas, comportamentos de risco, vícios e compulsões.

Jaqueline parece ter vivenciado em sua adolescência uma angústia diante da qual não sabia como se defender: apela para as drogas, para o álcool, para o sexo, retorna a um estado de proximidade com a mãe que nos faz questionar até que ponto Jaqueline conseguiu emancipar-se de seu objeto primário, parecendo nutrir com a mãe uma relação fusional, um objeto que não se inscreve plenamente, mas não se deixa esquecer; que desperta a excitação do bebê, mas não é capaz de contê-la, deixando-o à mercê de seu excesso pulsional. Estes indícios nos direcionaram para a compreensão do que Green irá chamar de “trabalho do negativo” (GREEN, 1990; 1993), cuja tarefa consiste nas atividades de negativização, de rompimento, desligamento objetal e de

desobjetalização, podendo ser estruturante ou patologizante de acordo com a maneira que se dá ou falha. Em suma, é por meio da negativa que irão se constituir os limites psíquicos, o que estabelece a constituição subjetiva e a alteridade e favorece a atividade de representação (FIGUEIREDO; CINTRA, 2004).

Se a representação e a alteridade são frágeis, as identificações com o outro também terão suas fronteiras borradas. Anteriormente, falamos que as identificações estabelecidas por Jaqueline durante sua infância tinham um caráter oral, e na adolescência isso não é diferente. As principais queixas de Jaqueline sobre sua adolescência são referentes à falta de limites que vivenciava: fazia coisas que sabia não serem certas para ver se alguém “chamava a atenção”. Nunca conseguiu que lhe impusessem este limite, e nos parece que ainda tateia em busca de seus contornos, de suas possibilidades. Retomamos o conceito de Green (1982) nos fala de um duplo limite: entre nosso mundo interno e o mundo exterior (incluindo as relações de alteridade), e um limite puramente interno, entre as instâncias psíquicas. De acordo com o autor, quando o objeto primário não se deixa esquecer (recalcado e introjetado no ego), sua presença excessiva não dá espaço à representação, ao desejo e ao pensamento. Esta teoria vai ao encontro da hipótese que traçamos ao refletirmos sobre a infância de Jaqueline, que teria um ego esburacado, cindido, e com uma matriz simbólica falha. Jaqueline traz consigo as marcas de um vazio que não pode ser nomeado e o qual tenta preencher com seus comportamentos compulsivos com relação à comida.

Já em sua vida adulta, Jaqueline traz conflitos em várias áreas de sua vida. Sua relação com o trabalho, que inicialmente nos pareceu estruturante, é

ao mesmo tempo fonte de angústia e motivo de autodepreciações. Em nosso entendimento, o trabalho tem para Jaqueline a função de dar vazão a um ideal de eu extremamente severo ou um superego arcaico e tirânico, em um funcionamento masoquista.

Além disso, a importância da carreira para sua vida é colocada em questão quando sua tia, idealizada desde sua infância e que lhe disse para “dominar o mundo”, tem um colapso e adoece. Esta doença traz implicações transferenciais e possibilita a Jaqueline um maior contato com seu mundo interno, questionando suas escolhas e objetivos e, em nosso entendimento, pensando inclusive se estas escolhas foram verdadeiramente suas, o que lhe dá abertura para se descobrir, pensar em quem ela é, para além da incorporação maciça do outro (um funcionamento no qual, usando as palavras de Jaqueline, “tudo só entra, só entra, só entra e nada sai”).

Jaqueline cuida da tia, cuida da mãe, cuida de Rafael. Parece mesmo buscar agradar ao outro, como se tal cuidado assegurasse a presença destes objetos em sua vida. Nossa sensação é, por vezes, de uma relação fusional, na qual Jaqueline espera que suas demandas sejam sempre atendidas prontamente, não havendo espaço para a frustração, e na qual a falha do outro é sentida como uma falha narcísica.

Retomando a noção de duplo limite (GREEN, 1982), delineamos a ideia de que Jaqueline tem dificuldades de lidar com estes limites – talvez por esta razão a falta de alguém que lhe mostre estes limites é queixa constante em seus atendimentos. Nossa hipótese é de que Jaqueline tem dificuldades tanto na dimensão de alteridade, quanto de suas fronteiras internas, expressa na

relação com o seu corpo e com as diversas “Jaquelines” que a habitam. Estas dificuldades remetem a falhas básicas de um objeto primário, sobretudo na contenção de um excesso pulsional potencialmente traumático, constituindo uma fragilidade egóica que não inscreve limites, fronteiras.

Jaqueline diz, em sua primeira sessão, que seu corpo é uma armadura, e que perdê-lo (ou seja, seu emagrecimento) a faria “surtar”, pois seria como perder “tudo que ela é”, deixando-a vulnerável. Mas do que se defende Jaqueline? Temos a sensação de que ela está permanentemente hipervigilante, em modo de sobrevivência, mesmo que a sua angústia nem sempre transpareça em suas palavras cuidadosamente escolhidas. Seria uma defesa diante do excesso irrepresentável de suas pulsões ou dos vazios que não encontram matriz simbólica para serem integrados ao seu ego, deixando-a cada vez mais cindida, fragilizada e angustiada?

Este caso nos possibilitou diversos recortes e cada ponto que levantamos nesta análise poderia ser explorado extensivamente. Em supervisão, buscamos pensar, além da história de vida de Jaqueline e de que teorias poderiam instrumentalizar nossa compreensão do caso, os aspectos transferenciais em jogo no *setting* analítico.

A falta de representações, fantasias, sonhos e mesmo a sensação de uma “barreira” entre analista e paciente, que constitui obstáculo para estabelecimento da transferência, chamam a atenção para o que está além das palavras. A fala da paciente muitas vezes é uma “fala agida”, evacuação de angústia, marcada pela incapacidade de representação, sujeita ao regime da repetição, estando além do princípio do prazer. O campo transferencial

(incluindo a contratransferência) é marcado por sensações difíceis de serem descritas, mesmo durante o processo de supervisão; este campo é dominado por questões ligadas ao negativo, ao não constituído, mais do que ao conflito, característico da clínica da neurose.

Portanto, situamos nossa problemática no campo da não-neurose, dos distúrbios narcísicos-identitários, tanto pelo colorido psicótico da transferência, quanto pelas angústias, pelos tipos de defesa e de relações estabelecidos pela paciente. Nossa hipótese é a de um padecimento melancólico, um luto narcísico que não pode ser elaborado, com problemáticas referentes aos limites. Algo que nos chamou a atenção no caso de Jaqueline foi a presença de suas defesas obsessivas, o que poderia direcionar nossa compreensão do caso no sentido de um posicionamento subjetivo neurótico.

Green (1993), no entanto, nos fornece subsídios teóricos para sustentar nossa hipótese de uma posição libidinal não-neurótica que comporta estes comportamentos aparentemente neuróticos ao abordar a questão da analidade primária presente nos estados limites ao diferenciar a analidade retratada por Freud no contexto da neurose obsessiva²² de uma analidade anterior, marcada por uma fixação narcísica predominante.

Esta perspectiva nos interessa, pois a questão dos limites está presente como um problema na não-neurose e sempre nos remete às falhas primárias do objeto, o que ocorre, também, na analidade primária e no caso que estamos analisando. Green (1993) localiza em tais pacientes um narcisismo mortificado e despedaçado, uma problemática referente aos limites em um nível muito

²² Cf, p. ex, **FREUD, S.** (1908b) Caráter e erotismo anal In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996

profundo, couraça grossa tentando proteger uma ferida narcísica profunda e frágil. Tais pacientes podem passar uma impressão de firmeza, de autosuficiência, quando se trata, na verdade, de uma prótese invisível que tenta, obstinadamente, proteger este narcisismo ferido (GREEN, 1993). Esta couraça, no caso de Jaqueline, foi percebida diversas vezes na transferência estabelecida entre pesquisadora e paciente.

Novamente Green (1993) nos fornece uma possibilidade de compreensão destas atitudes de Jaqueline, ao destacar que, nos pacientes que apresentam fixação nesta fase de analidade primária, muitas vezes o discurso melancólico não é enunciado, como se o sujeito retivesse estes pensamentos para se consolar da perda, se apegasse a seu corpo em posição de defesa. Portanto, não há obtenção de prazer na atividade de retenção presente na analidade primária, mas sim uma necessidade, uma estratégia de sobrevivência narcísica. Isto ocorre pelas marcas deixadas pelo objeto absolutamente necessário, que não pode ser comido e digerido²³ psiquicamente. Figueiredo e Cintra (2004) destacam a necessidade de um posicionamento cauteloso do terapeuta diante destes casos, pela possibilidade de um retraimento esquizóide ou uma regressão à dependência, pois há:

...tanto há o risco de novas e mortíferas decepções, como há o risco de perder o que até então sustentara o sujeito – a coluna fecal, a obstipação e a obstinação – sem que as necessidades narcísicas profundas fiquem desde logo asseguradas e satisfeitas (...) o que poderia ser identificado como uma forte reação terapêutica negativa tem aí a função de proteger um modo de funcionamento mental que mantém a vida, mas apenas bem próxima ao limite da morte (FIGUEIREDO; CINTRA, 2004, p. 47)

²³ “Comer e digerir são formas de negação e esquecimento do objeto que é em parte assimilado ao eu, em parte descartado” (FIGUEIREDO; CINTRA, 2004, p.43). O objeto que não pode ser introjetado, nem incorporado, ficando paralisado entre a expulsão evacuativa e uma assimilação transformadora na qual o trabalho do negativo se daria de forma estruturante.

Portanto, no caso de Jaqueline, acreditamos que esses mecanismos de analidade primária (por exemplo, suas racionalizações, necessidade de organização – tanto do seu discurso quanto do ambiente ao seu redor – e o fechamento diante de algumas das interpretações apresentadas no trabalho analítico) são uma defesa protetiva muito eficaz, que a protege de angústias que poderiam ser intoleráveis. Apesar das dificuldades em “quebrar” estas defesas, rompê-las poderia lançar Jaqueline em uma crise e por isso optamos por uma abordagem que permitisse que uma dupla aproximação, da analista com a paciente e da paciente com suas angústias, sem que isso a ameaçasse demais.

Ainda assim, mudanças no enquadre (oferecendo uma sessão extra – que foi recusada – e no *setting* – disponibilizando meu consultório particular para atendê-la) foram capazes de sustentá-la no encontro com seus questionamentos e suas fragilidades, podendo “confessar” seu choro, sua angustia, permitindo-se fazer sentido de suas próprias palavras, inscrever representações. Ainda que ela não aceite (ou não se permita aceitar) a ajuda oferecida, estas mudanças concretas foram bastante efetivas para promover mudanças psíquicas em Jaqueline, se permitindo ser frágil, desintoxicando suas pulsões excessivamente mortíferas e pensando, pela primeira vez, em dizer para si mesma: “Vem, viva você também”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em tempos nos quais a magreza é altamente valorizada socialmente e os avanços tecnológicos da medicina e da indústria farmacêutica disponibilizam uma série de recursos que prometem tornar o emagrecimento possível a todos com pouco esforço, poderia nos causar certo estranhamento os alarmantes índices epidêmicos assumidos pela obesidade. A baixa adesão ao tratamento clínico da obesidade (composto por reeducação alimentar e prescrição de atividades físicas) mesmo em um momento histórico marcado pelo acesso à informação aponta para a existência de algo que estaria aquém de um ato volitivo do indivíduo. A lipofobia implícita no discurso social vigente por vezes encara esta discrepância como uma espécie de deformação no caráter do obeso, e se soma às pressões que por vezes desembocam em um grande investimento afetivo e econômico visando à conquista de um corpo socialmente ideal – o fracasso nesta empreitada, no entanto, muitas vezes traz sentimentos de insuficiência, frustração e angústia.

Em um primeiro momento, nosso encontro com as voluntárias desta pesquisa foi focado em seu sofrimento, no que as mobilizava a buscar atendimento psicológico, sem a obrigatoriedade de falar sobre seu próprio peso, sobre comida. Frequentemente, o relato acerca desta relação foi espontâneo, mas não houve nenhum direcionamento de nossa parte para isto. Não houvera tentativa de produzir um rótulo diagnóstico, pois tal postura poderia nos distanciar do que ocorria com as pacientes em sua singularidade, elemento fundamental para a compreensão do *pathos*. A singularidade assumiu, neste trabalho, um lugar privilegiado desde a eleição do método – a análise de caso clínico, que evidencia a singularidade de cada caso particular e

comporta diversos recortes e análises diferentes. Buscamos estabelecer indagações acerca do funcionamento psíquico predominante, sem pretensão de encerrar a subjetividade em um diagnóstico ou de englobar todas as obesidades sob um mesmo funcionamento mental.

Partindo desta pluralidade, o que ficou claro para nós desde o início dos atendimentos e que, em nossa compreensão, foi o fio condutor deste trabalho, é que a relação com a comida representava, mais do que um “tipo” de alimentação, uma maneira de se relacionar consigo e com o mundo, uma posição libidinal ocupada por estas pacientes, que, cada uma a seu modo, lhe trazia sofrimento e também se repetia no *setting* analítico.

Foi, portanto, a própria vivência clínica – e, sobretudo, as dificuldades no manejo da técnica psicanalítica encontradas no percurso com alguns pacientes que traziam problemáticas específicas – que direcionou nossa opção pela pergunta de pesquisa central deste trabalho, colocando um enfoque em uma obesidade característica, que podemos relacionar ao que a clínica psicanalítica denomina como clínica dos estados-limite. Ainda que a dificuldade em manter-se em uma dieta alimentar esteja presente com frequência no histórico de pessoas com sobrepeso, nossa vivência clínica testemunhou casos nos quais o comer excessivo parecia colocar-se a serviço de uma sobrevivência psíquica, muito além da obtenção de prazer no alimentar-se, adquirindo características fortemente compulsivas.

Os questionamentos engendrados a partir da observação da destrutividade presente nestes casos nos colocaram a seguinte pergunta de pesquisa: qual o sofrimento psíquico subjacente a obesidade na clínica dos

estados limites? A hipótese sustentada foi a de que haveria um padecimento de cunho melancólico associado à obesidade nestes pacientes.

A revisão bibliográfica sobre os estados limites nos possibilitou a compreensão sobre as marcas psíquicas inscritas a partir da falência do trabalho do negativo, momento fundante da noção de alteridade e de limites intrapsíquicos. Vimos que uma falha primária ocorrida neste momento inscreve no sujeito uma intensa angústia de separação do objeto pela ausência de um objeto interno estável, suficientemente introjetado. Nestes pacientes, o objeto interno existe, mas é falho, necessitando constantemente de uma confirmação externa advinda de um objeto também externo. Neste contexto, a falha ou a frustração advinda do objeto externo lança o indivíduo em uma angústia intensa, pois remete à ausência de suporte do objeto interno.

Esta dependência do objeto externo pode fornecer subsídios para a compreensão das dificuldades enfrentadas durante um processo de emagrecimento, no qual muitas vezes alguns alimentos são “proibidos”, ficando o sujeito sem o aporte do objeto externo cuja relação frequentemente sustenta inconscientemente sua sobrevivência psíquica.

A obesidade, inserida no contexto de uma clínica-limite, revela-se com um mecanismo de defesa que não responde ao recalque, como ocorre na clínica das neuroses. Como vimos, ela se coloca a serviço da própria sobrevivência psíquica e se manifesta diante de angústias narcísicas, trazendo em seu cerne uma característica de borda ao emergir como tentativa de proteger o sujeito do contato com o outro – e sobretudo a angústia diante da possibilidade de perda deste outro –, bem como o contato com suas próprias

fronteiras internas, suas angústias e sua própria violência pulsional, submetido a um excesso de pulsionalidade mortífera cuja rede de representação não é estruturada de maneira suficiente para conter.

Esta angústia de separação, na qual a perda do objeto é vivenciada como perda narcísica, é característica dos estados-limites e se relaciona a uma falha primária que, ainda que inscreva uma rede de representações no psiquismo, não obtém sucesso em constituir um objeto interno estável. Nestes casos, o objeto externo é falho, não possui autonomia, exigindo uma confirmação externa de sua existência – daí a dificuldade de representações e o apego freqüente nesta clínica a objetos externos.

Portanto, as obesidades que se manifestam como consequência de uma tentativa de expressar por meio de um ato (o comer excessivo) uma pulsão irrepresentável consistiriam em uma tentativa de aplacar estados emocionais calcados em uma angústia narcísico-identitária, apresentando grande resistência a regimes e dietas alimentares pela intensidade da relação com o objeto externo representado pela comida, que não é buscada nem por uma necessidade nutricional, nem necessariamente para a obtenção de prazer, mas sim, por um registro de necessidade, de sobrevivência psíquica e, ao mesmo tempo, comportando uma característica melancólica ao se colocar a serviço das pulsões agressivas direcionadas ao próprio eu.

Buscamos sustentar neste trabalho a hipótese de que a constante ameaça e angústia decorrente da possibilidade de perda do objeto poderia levar o sujeito a buscar soluções com um colorido melancólico como defesa diante do desamparo, aos moldes da oralidade. Utilizando a alegoria do

“canibal melancólico” (FÉDIDA, 1978), colocamos em evidência uma pulsionalidade devoradora que tentaria superar a perda do objeto por intermédio de sua incorporação, expressando o desejo de incorporá-lo e destruí-lo, simultaneamente afirmando e negando a separação entre o eu e o objeto. A incorporação nos remeteu a uma unidade violenta, de todo limite perdido, em oposição à atividade psíquica da introjeção. Assim, em uma obesidade marcada por esta posição melancólica, o comer demais assumiria uma tentativa de incorporar o objeto para tamponar ou negar o medo de perdê-lo, utilizando sua oralidade como forma de defesa diante da perda do objeto.

Assim, no caso de um “comer para morrer”, relacionado às pulsões de morte, ao negativo e à melancolia, este sofrimento refere-se a um luto não-elaborado, uma perda narcísica, que pode encontrar palavras, mas não encontra representação. As saídas diante deste sofrimento são as mais diversas possíveis, mas a comida tem seu espaço privilegiado por coexistir, em um momento primitivo da relação com o objeto primário, com o afeto. Vimos também que as subjetividades com falhas na sustentação do narcisismo primário padecem de angústia da possibilidade da perda do objeto, pois, por uma identificação narcísica, perder o objeto é perder a si mesmo. Assim, a eleição de um objeto que não pode “abandonar”, como a comida (ou o álcool, ou as drogas), coloca o indivíduo em uma posição de suposto controle, em uma relação ilusória com um objeto que aparentemente lhe permitiria aplacar todas as necessidades, recuperar sua plenitude narcísica.

No entanto, o retorno a este momento onde o eu era todo ideal (eu ideal) é impossível – daí a frustração narcísica, o sentimento de fracasso, de não ser nada (“se não posso ser tudo, não sou nada”). Preso em uma compulsão a

repetição, com dificuldades de simbolização e representação, às obesidades configuradas a partir de uma subjetividade marcada por um narcisismo esburacado resta tentar localizar seus contornos, mesmo que por meio da atividade de comer excessivamente, que lhes isola cada vez mais, os deixando assujeitados diante da busca de um ideal que é, como todo ideal, inatingível.

A análise do caso de Jaqueline, que já vimos em detalhes, apontou para esta necessidade de aporte contínuo de um objeto externo que lhe protegesse da frustração, relação esta materializada em sua predileção por alimentos em pacotes, bem como a persistente busca de um ideal de completude que lhe asseguraria sua existência. Jaqueline, envolta em angústias narcísico-identitárias e que parecia não saber quem é, por que sofria, por que comia, por que existia. Tantas dúvidas com relação a si própria não deixaram de reverberar na pesquisadora, que, diante deste caso, teve uma experiência inicial próxima ao desamparo, à inutilidade. Por isso, como defendemos no método, a opção pelo caso de Jaqueline: os vislumbres que tínhamos de seu psiquismo, através do escudo narcísico que construiu – com sua própria gordura, armadura que a protegia de quê? –, indicavam a presença de uma pulsionalidade mortífera, o que também se manifestava no *setting* terapêutico.

Diferentemente de outros casos atendidos, para Jaqueline a pesquisadora se sentia invisível – foi preciso se reinventar para se fazer ser vista, repensar a teoria, visitar as técnicas. O trabalho do psicanalista diante destas subjetividades consiste em possibilitar uma significação das palavras muitas vezes “cuspidas”, “vomitadas”, jogadas para fora do indivíduo. As relações de objeto, principalmente a relação transferencial, possibilitam mudanças na inscrição da pulsionalidade, fazendo com que as palavras

adquiram sentido, ganhem novas significações e possibilitem a contenção da violência pulsional, desintoxicando a pulsionalidade mortífera e inscrevendo o acolhimento, o reconhecimento e a relação positiva estabelecida no *setting* terapêutico.

Se a oralidade remonta a um momento primitivo da inauguração do psiquismo, a prevalência de defesas orais também fortalece o registro do infantil que se desenrola na cena analítica, cabendo ao analista, muitas vezes, o papel de assumir temporariamente as funções do objeto primário precariamente inscrito no sujeito, suportando os ataques do paciente e possibilitando novas identificações, novas significações e, sobretudo, fortalecendo a noção de alteridade e a introjeção de objetos internos continentes e protetivos, possibilitando assim uma menor dependência de objetos externos, incluindo mas não se limitando à comida.

No caso de Jaqueline, nosso percurso terapêutico possibilitou o estabelecimento de relações objetais progressivamente mais positivas, marcadas pelo questionamento de seus próprios desejos e limitações, bem como uma maior tolerância à frustração, criando condições de enfrentamento da dor psíquica para além das saídas compulsivas, não recorrendo à tentativa de fuga e evasão diante de toda possibilidade de sofrimento. Sua compulsão por pacotinhos diminuiu consideravelmente e suas metáforas, inicialmente ricas em palavras mas não em experiência, foram gradualmente substituídas por uma maior capacidade de abstração e reflexão. Retomando uma de suas metáforas, as várias Jaquelines tirânicas – a serviço da pulsão de morte – puderam ser gradualmente substituídas pela introjeção de identificações protetoras e continentes, capaz de integrá-las e resgatar em Jaqueline uma

pulsionalidade de vida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, K. (1924). **Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais.** In: *Teoria Psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 81-160.

ABRAHAM, N.; TOROK, M. **A Casca e o Núcleo.** São Paulo: Escuta, 1987.

ANDRÉ, J. **Entre angústia e desamparo.** *Revista Ágora*, vol. IV, n.2, 2001.

ANDRÉ, J. **Transferência *borderline*.** In: CARDOSO, M. R. **Limites.** São Paulo: Escuta, 2004

AULAGNIER, P. **O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro: do discurso identificador ao discurso delirante.** São Paulo: Escuta, 1989.

BERG, R. **Uma análise freudiana da obesidade.** 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo.

BERGERET, J. (1974). **La personnalité normale et pathologique.** Paris: Dunod.

BERGERET, J. (1975). **La dépression et les états limites.** Paris: Payot.

BERGERET, J. (1984). **La violence fondamentale.** Paris: Dunod

BERLINCK, M. T. **Psicopatologia Fundamental.** São Paulo: Escuta, 2000.

BERLINCK, M. T., MAGTAZ, A.C. **O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 15(1): 71-81, 2012

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRUSSET, B. **Névrose et états limites**. In: CHABERT, C., BRUSSET, B, BRELET-FOULARD. **Névroses et fonctionnements limites**. Paris: Dunod.

CARDOSO, M.R. (2005) **A servidão ao “outro” nos estados limites**. In: CARDOSO, M.R., GARCIA, C.A. **Entre o eu e o outro: Espaços Fronteiriços**. Curitiba: Juruá, 2010.

CARDOSO, M.R. (2006) **A Insistência do traumático no espaço psíquico e analítico**. In: CARDOSO, M.R., GARCIA, C.A. **Entre o eu e o outro: Espaços Fronteiriços**. Curitiba: Juruá, 2010.

CARDOSO, M.R. (2007) **A impossível “perda” do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade**. In: CARDOSO, M.R., GARCIA, C.A. **Entre o eu e o outro: Espaços Fronteiriços**. Curitiba: Juruá, 2010.

CECCARELLI, P. R. **O Sofrimento Psíquico na Perspectiva da Psicopatologia Fundamental**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br>.

CECCARELLI, P. R. **Reflexões sobre a economia psíquica das adicções**. *Reverso*, ano 33, n. 62, p 69-78. Belo Horizonte, 2011.

CHAGNON, J.Y. **Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses**. *Psicologia USP*, ano 20, n.2, p. 173-192, 2009.

COELHO, D.M., SANTOS, M.V.O. **Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica**. *Analytica*, v. 1, n. 1, p. 90-105, 2012.

COUTINHO, W. **Consenso Latino-Americano de Obesidade: até onde já chegamos**. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* [online], v. 43, n.1, p.21-67. 1999

FÉDIDA, P. **L’absence**. Gallimard, Paris, 1978.

FIGUEIREDO, L.C., CINTRA, E.U. **Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite.** In: CARDOSO, M. R. **Limites.** São Paulo: Escuta, 2004

FIGUEIREDO, L.C., MINERBO, M.. **Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo.** *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 39(70): 257-278, jun. 2006.

FREIRE, D.S., ANDRADA, B.C.C. **A violência do / no corpo excessivo dos transtornos alimentares.** *Cad. Psicanál. CPRJ*, v. 34, n. 26. p. 27-36, 2012.

FREUD, S. (1895a) Rascunho G. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1895b). A psicoterapia da histeria. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1905a). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 117-230.

_____. (1905b). Fragmento da Análise de um caso de Histeria. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 13-116.

_____. (1908a). Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996

_____. (1908b) Caráter e erotismo anal In: **Edição Standard Brasileira das**

Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996

_____. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 10 Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1910). As perspectivas futuras da Terapêutica Psicanalítica. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 11. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1912a). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1912b). A dinâmica da transferência. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914a). Sobre o narcisismo: uma introdução. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914b). Totem e Tabu. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 13. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914c). Recordar, repetir e elaborar. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915). Um Caso de Paranóia que contraria a Teoria Psicanalítica da doença. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1916). Conferências Introdutórias sobre psicanálise. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 15 e 16. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1917a). Conferências Introdutórias sobre psicanálise – Parte III In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 16 Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1917b). Luto e Melancolia. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920). Além do Princípio do Prazer. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1921). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1923). O Ego e o Id. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1924). Neurose e Psicose. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1930). O Mal-Estar na Civilização. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1931). Tipos Libidinais. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1933). Conferência XXXI: A Dissecção da Personalidade Psíquica. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 22. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1938). Esboço de Psicanálise. In. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCIA, C.A. (2007). **Os Estados limites e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea**. In: CARDOSO, M.R., GARCIA, C.A. **Entre o eu e o outro: Espaços Fronteiriços**. Curitiba: Juruá, 2010.

GARCIA, C.A. (2009). **Continuidade e ruptura no processo de constituição psíquica**. In: CARDOSO, M.R., GARCIA, C.A. **Entre o eu e o outro: Espaços Fronteiriços**. Curitiba: Juruá, 2010.

GREEN, A. (1975). **The analyst, symbolization and absence in the analytic setting**. *International Journal of Psychoanalysis*. 56. 1-22.

_____. (1977) **The borderline concept**. In: GREEN, A. **On private madness**. Madison: International Universities Press, 1990.

_____. (1980) **A mãe morta**. In: **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1983.

_____ (1982) **La Double Limite**. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 25, 267-283.

_____ **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Editora Escuta, 1983.

_____ **Conferências brasileiras de André Green: Metapsicologia dos limites**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. **On private madness**. Madison: International Universities Press, 1990.

_____. **Le travail de négatif**. Paris: Minuit, 1993.

_____ **Ideés directrices pour une psychanalyse contemporaine**. Paris: PUF, 2002.

GRIECO, S. F. M. **O corpo, aparência e sexualidade**. In DUBY, G. e PERROT, M. **História das mulheres no ocidente. Vol. 3: Do Renascimento à Idade Moderna**. Porto: Afrontamento, 1991

GUENTER, R. **A obesidade feminina**. *Análise Psicológica*, 1. XVIII: p. 59-70., 2000.

GURFINKEL, D. **Adicções**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

HERRMANN, F. (2004). **Apesar dos pesares: Breve contribuição ao estudo da obesidade**. In: BRUNO, C.A.N.B. (org). **Distúrbios Alimentares: Uma contribuição da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

JUIGNET, P. **Manuel de Psychopathologie psychanalytique**. Grenoble: Presses Universitaires, 2001.

KRISTEVA, J. **Sol Negro: Depressão e Melancolia**. Rio de Janeiro: Rocco, 1989

LAMBOTTE, M. O **discurso melancólico: da fenomenologia à metapsicologia**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

_____. **A deserção do outro**. *Rev. da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, nº20, 2001.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LOLI, M.S.A. **Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000

MAGTAZ, A.C. **Distúrbios da Oralidade na Melancolia**. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MALDONADO, G.; CARDOSO, M.R. **O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias**. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p.45-57, 2009.

MINERBO, M. **Neurose e não-neurose**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

_____. **Transferência e Contratransferência**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil estabiliza taxas de sobrepeso e obesidade**. *In: Portal Brasil*. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/brasil-estabiliza-taxas-de-sobrepeso-e-obesidade>

MOREIRA, A.C.G. **A melancolia na obra de Freud: um Narciso sem [des]culpa**. *Revista de Psicopatologia Fundamental* São Paulo, v. 4, n. 4, p.92-102, 2002.

MOURA, A; NIKOS, I. **Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa**

psicanalítica. Pulsional: revista de psicanálise, São Paulo, v. 13, n. 140/141, p.69-76, nov. 2000.

NASIO, J-D. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2000.

_____. **Como agir com um adolescente difícil?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2010.

PINHEIRO, M. T. **Trauma e melancolia**. In: KATZ, C.S. (Org.). **Férenczi: história, teoria, técnica**. São Paulo: Ed. 34, 1996

PINHEIRO, M.T.S.; QUINTELLA, R.R.; VERZTMANN, J.S. **Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia**. *Rev. Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 147-168, 2010.

RAMALHO, R.M. **Uma melancolia tipicamente feminina**. *Rev. da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, nº20, 2001.

ROUSSILLON, R. *et al.* **Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale**. Lyon: Elsevier-Masson, 2007.

RUDELIC-FERNANDES, D. **Linguagem do caso: modelos e modalidades**. *Jornal de Psicanálise do Instituto de Psicanálise – SBPSP*. V. 35, n. 64-65., 2002.

SALINAS, P. **O problema não sou eu, é minha barriga**. *Asephallus*, v. IV nº7, 2009.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** *Ver. Saúde Pública*, 39(3), p. 507-14, 2005.

VERÍSSIMO, L.F. **O Clube dos Anjos.** Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

VILHENA, J., NOVAES, J.V., ROCHA, L. **Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea.** *Rev. Mal-Estar e Subjetividade*, v. VIII, n.2, p. 379-406, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Topics: Obesity and overweight, 2014.** Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>

WINNICOTT, D.(1955) **Formas clínicas de transferência.** *In:* Da pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.